

PARTIE RESERVEE AU SERVICE MEDICAL DE LA CLINIQUE SAINT LAURENT

Validation Refus, motif : _____

Date et signature du médecin :

Observations :

Partie administrative à remplir par le patient

Hospitalisation de Jour



Hospitalisation complète :

Séjour souhaité à partir du:

Souhaitez-vous bénéficier d'une chambre particulière (en supplément) ? Oui Non

CIVILITE ET INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : _____ Nom de naissance : _____ Prénom : _____

Date de naissance : [] [] / [] [] / [] [] Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____

Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] Adresse mail : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Téléphone : [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse : _____

Code Postal : [] [] [] [] [] [] Ville : _____

ASSURANCE MALADIE

N° sécurité sociale : _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Caisse de sécurité sociale : _____ Mutuelle : _____

Etes-vous : à 100% Oui Non Invalidité Oui Non En accident de travail Oui Non

Nom du médecin traitant : _____ Ville : _____

Téléphone :

PROTECTION JURIDIQUE

Non Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : Ville : _____

Téléphone : Adresse mail : _____

Fait à : Le :

Signature

Liste des pièces à fournir pour constituer votre dossier (tout dossier incomplet ne pourra être traité)

- Dossier d'admission complété
- Attestation de sécurité sociale à jour
- Photocopie **lisible** d'une pièce d'identité recto-verso
- Photocopie de votre carte mutuelle recto-verso
- Prise en charge mutuelle (Ticket modérateur, Forfait journalier, Chambre particulière)
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique
- Si protection juridique, copie de l'attestation

Pièces à demander ou compléter avec votre médecin :

- Bilan biologique de moins de 3 mois (HBA1C, microalbuminurie/24h, NFS/Plaquettes, Ionogramme sanguin, SGOT, SGPT, Gamma GT, TSHus, Créatinine, EAL, Glycémie à jeun, Ferritinémie, Calcémie, Vitamines D, B12, et B9, Albuminémie, Pré albuminémie, PCR Covid)
- Copie de l'Ordonnance en cours
- Directives anticipées

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire

Tél. + 33(0)4 42 84 50 50

admissions.stlaurent@colisee.fr

AUTONOMIE			
	Fait seul	Avec aide	Ne fait pas
Se repérer dans l'espace et le temps			
Faire sa toilette			
S'habiller, se déshabiller			
Manger			
Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale			
Se déplacer			
Communiquer à distance (téléphone, alarme, sonnette etc.) pour alerter si besoin			
Nécessite une chambre avec rails de transferts : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

ACTIVITE PHYSIQUE
<input type="checkbox"/> Pas de contre-indication
<input type="checkbox"/> Contre-indication : _____

ALIMENTATION
Allergies alimentaires : _____
Régime particulier : _____
Aliments que le patient ne peut pas manger : _____

REMARQUES EVENTUELLES

Nom du médecin :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Fait à : Le :

Tampon et signature

CLINIQUE SAINT LAURENT

316 Avenue du Repos - 13360 Roquevaire
 Tél. + 33(0)4 42 84 50 50
 admissions.stlaurent@colisee.fr