

ANNEXE 3B : FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN DIVISION B

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS) **PATIENT.E**

Nom :
Prénom :
N° de patient :
Date de naissance :
Sexe : F M
Cas :
Service :
Catégorie :

Adresse :
Téléphone :
Date d'entrée : Heure :
Date de sortie : Heure :

RÉPONDANT

Nom :
Numéro de caisse :
Adresse :

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Nom :
Numéro de caisse :
Adresse :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL / DATE DE L'ÉVÉNEMENT

COMORBIDITÉS

BUT DU SÉJOUR

Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>
Évaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'humeur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser : <input type="text"/>	
Troubles cognitifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser : <input type="text"/>	

PROFIL DE L'AUTONOMIE

	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projet de retour prévu : Domicile EMS/Div. C Autre

HÔPITAL/CLINIQUE/MÉDECIN/SERVICE ENVOYEUR

N° tél / n° interne :
Date: Personne de contact en cas de transfert :
Entrée souhaitée au CTR dès le :

FORMULAIRE À COMMUNIQUER PAR FAX AU CTR, POUR DÉCISION

Nom du CTR : N° de fax :
Date:
Date d'entrée en CTR :

Timbre et signature
du CTR

À COMMUNIQUER PAR FAX AU SERVICE DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR-MALADIE AVANT L'ADMISSION

Nom de l'assureur :
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :
Retour dans les 48 h, sinon accepté
En cas de refus, motivation par lettre séparée
Date/...../.....

Timbre et signature
du service du médecin-conseil

ANNEXE 3B : FORMULAIRE DE DEMANDE EN DIVISION B - VERSION GÉNÉRIQUE

PATIENT.E (ÉTIQUETTE MOYENNE)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation à domicile : **Vit seul(e)** oui non

Aide par la famille : oui non

CAT : oui non Connu(e) du OSAD de :

PROJET DE SORTIE APRÈS CTR

Domicile	<input type="checkbox"/>
Placement	<input type="checkbox"/>
Domicile d'un proche	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Sort du domicile oui non

PERSONNE DE CONTACT

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone:

MÉDICALE

Chimiothérapie en cours (même orale) : oui non

MERCI DE JOINDRE LE PROTOCOLE

Radiothérapie en cours : oui non

Dialyse : oui non **Si oui, fréquence :** LU MA ME JE VE SA

Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle...) : oui non

Systemes :

INFIRMIÈRE

NEURO : Aphasie Agitation Désorientation Risque de fugue Agressivité RAS

RESP : O2 Trachéo BPAP ou CPAP RAS

DIGESTIF : SNG PEG Colostomie Régime spécial : RAS

RÉNAL : SV Urostomie Incontinence Sonde sus pubienne RAS

LOCOMOTEUR : Cannes TTB Chaise roulante Seul Avec aide

Mob en charge partielle Mob en décharge complète

Matelas dynamique à air Hili Rom

ÉQUIPEMENT : Venflon Dte Gche Gripper sur port-a-cath Voie veineuse centrale

Redon Penrose

Troubles auditifs : oui non

Troubles visuels : oui non

Poids : Taille :

MÉDECIN DE FAMILLE, TRAITANT :

RÉSUMÉ DE LA SITUATION (IDL) :

MÉDICAMENTS :

Feuille annexe

--	--