



• ANTECEDENTS SOMATIQUES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• DESCRIPTION DE LA MALADIE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET LONGITUDINAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• TRAITEMENT ACTUEL (à compléter OU joindre les dernières ordonnances)

traitement psychiatrique (spécialités, posologie, répartition) 	traitement somatique (spécialités, posologie, répartition) 



• ALLERGIE MEDICAMENTEUSE ET AUTRE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• OBJECTIFS DU SEJOUR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• TAILLE et POIDS du PATIENT \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

• AUTONOMIE DU PATIENT (alimentation, hygiène, habillage, incontinence, communication, déplacement)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

 **Merci de nous adresser le compte-rendu des hospitalisations antérieures en votre possession**

• DATE, CACHET et SIGNATURE  
du médecin adresseur \_\_\_\_\_

**5. Documents à fournir par le Patient le jour de l'entrée**

Nous vous remercions de vous rendre au bureau des admissions à l'heure fixée avec les documents suivants :

-  **Pièce d'identité officielle** (Carte Nationale d'Identité ou Passeport en cours de validité)
-  **Formulaire de désignation de la Personne de Confiance**
-  Carte Vitale et Carte de mutuelle (contacter **préalablement** votre mutuelle pour demander la prise en charge)
-  Photo d'identité récente
-  **Ordonnances de vos médecins mentionnant les traitements médicamenteux en cours**
-  **Conclusion de votre médecin généraliste ou cardiologue vis-à-vis d'un ECG (électrocardiogramme) de moins de 12 mois**
-  Monnaie pour les extras (téléphone, Internet, distributeurs de boissons chaudes et froides)
-  Tenue de ville et vêtements de sport