

## DEMANDE D'ADMISSION

*Mise à jour le 06.10.2003*

Nom et Prénom : .....

Date de Naissance : .....

Adresse : .....  
 .....

↳ **Renseignements Médicaux**

*A remplir par le médecin traitant ou le médecin hospitalier.*

1°) **Antécédents majeurs**

2°) **Raison de la demande**

Patient vu le .....

Par le Docteur .....

3°) **Autonomie**

	A	B	C
Cohérence			
Orientation			
Toilette haut			
Toilette bas			
Habillage			
Alimentation se servir			
Alimentation manger			
Elimination urinaire			
Elimination fécale			
Transferts			
Déplacement à l'intérieur			
Déplacement à l'extérieur			
Communication à distance			

OUI	NON

Soins I.D.E et types de soins

**A** : fait seule et totalement, habituellement, correctement.

**B** : fait partiellement

**C** : ne fait pas.

↳ Références de la Personne qui fait la demande :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

**DEMANDE D'ADMISSION**

↳ Document à retourner à l'attention de :

**Monsieur le Médecin Coordonnateur  
Hôpital Local  
8, Avenue du Général de Gaulle  
76430 SAINT ROMAIN DE COLBOSC**