



Dossier à transmettre complété aux coordonnées suivantes :

: Clinique du Caux Littoral, 23 bis rue de la Poste 76460 NEVILLE

ou : Accueil.cauxlittoral@colisee.fr

ou : 02 35 97 39 46

DEMANDEUR

✓ Etablissement/Cabinet médical: Service :.....

✓ Nom/prénom : Fonction :.....

: : :.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom naissance : Nom usuel :.....

Prénom(s) : Date de naissance : .. /.../..... Age :

Adresse :

Code Postal : Ville :

: : :.....

Couverture santé

Caisse :..... n° SS :_ _ _ _ _

ALD AT Maladie professionnelle

Nom de l'assuré si différent du patient :

Mutuelle :

Nom de l'assuré si différent du patient :

N° adhérent :

Personne à prévenir

Nom/prénom : : Lien parenté:

Médecin traitant

Nom/prénom : Ville :..... :

Médecin spécialiste

Nom/prénom : Ville :..... :

MODALITES D'ADMISSION

Date d'entrée souhaitée : /... /.....

Type de chambre souhaitée : Chambre particulière chambre double

**DOSSIER MEDICAL**

<u>Motif d'admission :</u>	<u>Histoire de la maladie :</u>

Dates d'hospitalisation : du /..../..... au /.... /.....

Date d'intervention chirurgicale : /..../.....

ANTECEDENTS DU PATIENT

Antécédents médicaux	Antécédents chirurgicaux
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Poids : kg

Taille : cm

IMC :.....

	OUI	NON	préciser
Soins d'escarres			
Soins infirmiers			
Pansements			
Kinésithérapie			
Oxygénothérapie			
Infection			
Nécessité de mise en place de précautions complémentaires d'hygiène (COVID, BMR, BHRé...)			

TRAITEMENT

Traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher	Observations

 Joindre l'ordonnance



DOCUMENTS A JOINDRE

Documents requis avec la demande de préadmission :

- Dernier résultat de biologie
- Compte rendu d'intervention
- Compte rendu d'hospitalisation



Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

RENSEIGNEMENTS ET SYNTHÈSE SOCIALE

PROTECTION JURIDIQUE

Protection juridique : non en cours :

oui : Tutelle

Curatelle renforcée Curatelle simple

Sauvegarde justice

Coordonnées du mandataire/curateur/tuteur :

Nom/Prénom :

☎ :

✉ :

📄 :

.....

DEVENIR ENVISAGE

Retour à domicile

Aides : non oui :

→ Allocation personnalisée autonomie (APA) : oui non en cours (date demande) :

→ Prestation compensation du handicap (PCH) : oui non en cours (date demande) :

→ Autres aides mobilisées :

Placement en établissement : EHPAD RPA

Autre :

SUIVI SOCIAL

Situation familiale du patient :

.....

Le patient est suivi par un travailleur social : oui non

Nom :

Coordonnées :

