

# DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION PATIENT

DOSSIER COMPLET A NOUS RENVoyer PAR COURRIER, MAIL OU FAX.

## Partie à remplir par le patient (page 1/2)

Pour quel type de séjour faites-vous la demande ?

**Hospitalisation de Jour\*** :



**Hospitalisation complète\*** :

Séjour souhaité à partir du: .....

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

*Civilité et informations personnelles :*

Nom : ..... Épouse : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à ..... Nationalité .....

Adresse :

Etat civil :  Célibataire  Marié  Divorcé  Veuf  Pacsé

Téléphone : .....

Mail : .....

Profession : .....

*Personne à prévenir en cas d'urgence :*

Nom & Prénom : ..... Lien : .....

Téléphone : .....

Adresse postale :

*Assurance maladie :*

N° sécurité sociale : \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ - \_ -

Etes-vous à 100% :  Oui  Non

Etes-vous en accident de travail :  Oui  Non

Bureau sécurité sociale :

Mutuelle :

Adresse :

Adresse :

Avez-vous déclaré un Médecin traitant ?  Oui  Non

Si oui, Nom du médecin : .....

N° tél médecin : .....

\* Cocher la case correspondant au séjour que vous souhaitez effectuer. Les informations situées sous les cases ne sont à renseigner que si vous êtes concerné par ce type d'hospitalisation.

## Partie à remplir par le patient (page 2/2)

### Renseignements complémentaires :

Avez-vous déjà fait un séjour dans notre établissement ?  Oui  Non  
Si oui  Hospitalisation complète ET/OU  Hospitalisation de Jour Date(s) : .....

Fait à ..... Le : ..... Signature :

### △ Pièces à fournir **OBLIGATOIREMENT AVEC** ce dossier d'admission :

Partie réservée à  
l'administration

- Attestation de sécurité sociale à jour (de moins de 6 mois) |
- Photocopie d'une pièce d'identité recto-verso |
- Photocopie de votre carte mutuelle recto-verso |

### ATTENTION :

Caisses	Départements concernés			
CPAM	01	04	05	07
	12	13	2 A	2 B
	21	25	29	30
	32	34	38	42
	44	54	57	64
	67	69	74	75
	76	81	83	88
	89	94	95	97
Interial	Tous les départements français			
MGEN	Tous les départements français			
Militaires	Tous les départements français			
SLI MFP	national			

→ Votre caisse est dans ce tableau : il n'est pas nécessaire de demander de prise en charge à la sécurité sociale. Vous n'avez que **les 3 documents obligatoires à nous fournir** (voir pièces à fournir ci-dessus).

→ Votre caisse n'est pas dans ce tableau : en plus des 3 documents obligatoires, **vous devez faire vous-même la démarche** pour obtenir cette prise en charge dans les meilleurs délais avant votre entrée :

1. Demandez à votre médecin traitant une **prescription médicale** (sur ordonnance) précisant :

- Pour une hospitalisation de jour :
  - Hospitalisation de jour
  - Code Finess 130782493
  - Une série de 20 journées
  - Code discipline **172**
- Pour une hospitalisation Complète :
  - Hospitalisation Complète
  - Code Finess 130782493
  - 30 jours
  - Code discipline **171**

2. Déposer cette prescription à votre caisse d'assurance maladie

3. La prise en charge sera faite par votre caisse et nous parviendra directement.

### CONTACT :

CLINIQUE SAINT-LAURENT

Quartier Le Repos – 13360 Roquevaire

Tél. + 33(0)4 42 84 50 50 / Fax + 33 (0)4 42 04 27 93

[admissions.stlaurent@groupecolisee.com](mailto:admissions.stlaurent@groupecolisee.com)

# DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

## Partie à remplir par le médecin (2 pages à compléter)

### Quel est le type de séjour nécessaire pour le patient ?

Pour plus de précisions sur nos séjours, n'hésitez pas à contacter notre service médical au 04.42.84.50.50



#### Hospitalisation de Jour



Prescription médicale nécessaire  
« Série de 20 séances d'HDJ (ambulatoire) »



#### Hospitalisation complète

Prescription médicale nécessaire « réadaptation  
nutritionnelle en hospitalisation complète »

ATTENTION, si le patient nécessite une prescription pour sa caisse d'assurance maladie elle doit impérativement comporter **le nom** et **l'adresse** de la Clinique Saint-Laurent (voir page 2).

#### Diagnostic précis de la pathologie ou de l'intervention motivant l'admission :

- Obésité sévère, morbide       Dénutrition sévère       Pré ou post opération  
 Trouble du comportement alimentaire [TCA] (anorexie mentale, boulimie...)  
 Autres maladies métabolique, digestive, endocrinienne... (Précisez) : .....

Diabète  Oui  Non      Type : .....

Poids habituel :

Poids actuel :

Taille :

IMC :

Si le patient bénéficie d'une affection liste, pouvez-vous nous indiquer pour quelle pathologie le 100% a été accordé ?  
.....

#### Le patient :

Motivation  Oui  Non

Adhésion au projet  Oui  Non

Evaluation du risque suicidaire  Oui  Non

Observations : .....

Langage :      **Parlé**  Oui  Non      **Lu**  Oui  Non      **Ecrit** :  Oui  Non

Le patient est-il apte à bénéficier d'une éducation thérapeutique ?  Oui  Non

#### Traitements en cours (préciser dosage et posologie SVP) :

Y a-t'il une raison médicale pour ne pas prescrire de génériques à votre patient ?  Oui  Non Si oui, lesquelles ?

<b>Autonomie :</b>	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			

**Alimentation**

Le patient a-t-il des allergies alimentaires ? Oui Non *Si oui, lesquelles :*

Suit-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non *Si oui, lequel (exemple : sans sel, sans gluten...) :*

Y a-t-il des aliments qu'il ne peut pas manger ? Oui Non *Si oui, lesquels :*

**Antécédents :**

**Remarques éventuelles:**

Nom du médecin proposant l'admission :

Nom de l'établissement (le cas échéant) :

Fait à ..... Le : ..... Tampon & Signature

**PARTIE RÉSERVÉE AU SERVICE MÉDICAL DE SAINT-LAURENT**

Validation

Refus, motif :

Date et signature du médecin de la clinique :