



# Dossier Médical d'Admission

## Civilité et informations personnelles :

Nom : ..... Épouse : .....

Prénom : .....

Né(e) le .....

Adresse : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

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

Médecin Traitant déclaré : ..... N° tél médecin : .....

Nom du médecin proposant l'admission : ..... N° tél médecin : .....

De quelle caisse d'assurance maladie dépendez-vous ? .....

## Diagnostic précis des pathologies ou de l'intervention motivant l'admission :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obésité                                   | <input type="checkbox"/> Maigreur                                     |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition                               | <input type="checkbox"/> Soins en lien avec une chirurgie digestive   |
| <input type="checkbox"/> Diabète                                   | <input type="checkbox"/> Soins en lien avec une chirurgie bariatrique |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire [TCA] |   |

Autres (précisez) : .....

.....

Poids habituel : ..... Poids actuel : ..... Taille : ..... IMC : .....

## Objectif Médical

.....

.....

.....

## Traitements en cours (Ou joindre ordonnances en cours)

<b>Motricité</b>	<b>Alimentation</b>	<b>Etat psychique</b>	<b>Etat respiratoire</b>
<input type="checkbox"/> valide	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> normal
<input type="checkbox"/> cannes	<input type="checkbox"/> avec aide	<input type="checkbox"/> dépressif	<input type="checkbox"/> oxygène
<input type="checkbox"/> déambulateur	<input type="checkbox"/> haché	<input type="checkbox"/> anxieux	
<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> mixé	<input type="checkbox"/> risque suicidaire	

Etablissement (le cas échéant) :

Fait à .....

Le : .....

Tampon et Signature :

Dossier à nous retourner  
par courrier, mail ou fax

**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