

DEMANDE D'ADMISSION

Identité			
Nom		Prénom	
Date de naissance		État civil	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse			
Vit avec	<input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/>		
N° téléphone(s)		E-mail	
Confession		Directives Anticipées	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Référénts famille/proches à contacter dans l'ordre			
Lien	Nom, prénom	Adresse	Contact
1)			
2)			
3)			

Réfèrent légal			
Êtes-vous au bénéfice d'une curatelle?		<input type="checkbox"/> Oui – merci de compléter ci-après <input type="checkbox"/> Non	
Nom, prénom	Adresse	N° téléphone	E-mail

Réfèrent administratif			
Souhaitez vous que les factures et le courrier administratif soient envoyés à une tierce personne?		<input type="checkbox"/> Oui – merci de compléter ci-après <input type="checkbox"/> Non	
Souhaitez vous valider la demande de RDV (frais personnel sur place coiffeur, podologue, réflexologue...)			<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Nom, prénom	Adresse	N° téléphone	E-mail

Renseignements administratifs - Problèmes financiers signalés par la personne <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Assurance maladie		N° assurance	

DEMANDE D'ADMISSION

N° Carte d'assurance (20 chiffres)		N° AVS	
Rente d'impotence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prestations complémentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Renseignements médicaux			
Médecin traitant (Nom, prénom)	Dr	Adresse du médecin Téléphone	
Psychiatre / Psychologue- Nom-prénom		Tél :	
Existe-t-il un autre intervenant pour les soins? (CMS, Infirmière indépendante, physio. ou autre...)		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter ci-après</i> <input type="checkbox"/> Non	
Qui? (Etablissement ou nom, prénom)		A quelle(s) fin(s) ?	
Adresse		Téléphone	
Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances?	<input type="checkbox"/> Non	Souffrez-vous d'une maladie chronique (diabète, épilepsie, DMLA ...) Trouble de mémoire...	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter:</i> _____		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter:</i>
Suivez-vous un traitement médicamenteux? (merci de compléter indépendamment s'il y a des prises dans la SSJN ou pas)		<input type="checkbox"/> Oui – <i>merci de compléter ci-après</i> <input type="checkbox"/> Non Insulino dépendant <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/>	
Nom des médicaments	TTT-Dosage Posologie (mode d'emploi)-Fréquence des prises		
Doc a demander au Dr			
Vaccin Covid ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Inscription dans un lieu de vie	<input type="checkbox"/> oui, lequel <input type="checkbox"/> non		
Demande présentée au Rubis par	<input type="checkbox"/> Propre initiative <input type="checkbox"/> famille, entourage <input type="checkbox"/> autorité <input type="checkbox"/> médecins <input type="checkbox"/> serv. Spécialisés		
	<input type="checkbox"/> hôpitaux <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> autre Motif : Maintien à domicile ? Soulager l'entourage ? Sociabiliser ?		

Fréquence d'accueil			
A quelle fréquence souhaiteriez-vous être accueilli(e) à la SSJN ?	_____ jour(s) par semaine	Quel(s) est/sont le(s) jour(s) de préférence?	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Indifférent
Je souhaite pouvoir profiter de l'accueil de la Structure de soins de jour dès le :..... <i>Prendre connaissance du Concept d'accueil avant la signature du « Contrat » .</i>		Transport par la SSJN : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Lieu	Vouvry	Date	2022	Signature	
------	--------	------	------	-----------	--

DEMANDE D'ADMISSION