

**Etat Clinique / Dépendance :**

Besoins fondamentaux	Aide(s) requise(s)
<b>Déplacement :</b> <input type="checkbox"/> fait seul <input type="checkbox"/> besoin de stimulation <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> canne/béquille <input type="checkbox"/> fauteuil roulant <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> autre_____
<b>Habillage/ Toilette:</b> <input type="checkbox"/> fait seul <input type="checkbox"/> besoin de stimulation <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> bas de contention <input type="checkbox"/> chaise de douche <input type="checkbox"/> lève malade <input type="checkbox"/> autre_____
<b>Alimentation :</b> <input type="checkbox"/> fait seul <input type="checkbox"/> besoin de stimulation <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> prothèse dentaire <input type="checkbox"/> repas mouliné/mixé <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> autre_____
<b>Respiratoire:</b> <input type="checkbox"/> fait seul <input type="checkbox"/> besoin de stimulation <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	<input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> appareil apnée du sommeil <input type="checkbox"/> autre_____

**Présence de douleur(s) chronique(s) :**  OUI : \_\_\_\_\_  NON

**Risque de chute :**  OUI  NON

**Prise en charge Kiné :**  OUI  NON

**Suivi extérieur :** si la réponse est oui, merci de préciser le nom et le lieu

**Médecin traitant :**  NON  OUI : \_\_\_\_\_

**Médecin psychiatre :**  NON  OUI : \_\_\_\_\_

**Assistante sociale :**  NON  OUI : \_\_\_\_\_

**Aide à domicile :**  NON  OUI : \_\_\_\_\_

**Autre (HDJ, CMP, ...) :**  NON  OUI : \_\_\_\_\_

**Informations complémentaires :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Merci de nous communiquer tout changement dans la situation du patient**

 <b>Clinique du Moulin</b>	<b>DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION COMPLETE</b>
---	--

Le dossier doit être dûment **rempli par un Médecin** puis adressé au service admission de la clinique  
Soit par fax au 02-99-05-05-24  
Soit par courrier : Service d'admission, Clinique du Moulin, Carcé, 35171 BRUZ Cedex  
Soit par mail : [mou-preadmission@ramsaygds.fr](mailto:mou-preadmission@ramsaygds.fr)

**Etablissement et/ou médecin demandeur :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Provenance du patient :  Domicile  structure : \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il déjà bénéficié d'un suivi à la Clinique du Moulin :  OUI  NON

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Signature et Cachet :

**Partie réservée à la clinique**

Demande reçue le :

Validation médicale le : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_

Date d'admission :

Informations complémentaires :

**PARTIE SOCIO-ADMINISTRATIVE**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Organisme complémentaire de santé (mutuelle) : \_\_\_\_\_

Numéro d'adhérent : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e) Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ A charge : \_\_\_\_\_ Age(s) : \_\_\_\_\_Mesure de Protection :  OUI  NONSi oui :  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Autre

Noms et coordonnées des personnes mandatées \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Logement fixe :  OUI  NONSi oui :  Autonome  structure  chez un tiers  AutreRetour sur le lieu d'origine possible à la suite de l'hospitalisation :  OUI  NONDemande d'une place en structure en cours :  OUI  NON**PARTIE MEDICALE**Diagnostic principal : \_\_\_\_\_Diagnostic(s) secondaire(s) : \_\_\_\_\_Motif d'hospitalisation :\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Addiction(s) :  OUI  NONSi oui :  Alcool  Tabac  Cannabis  Cocaïne  Héroïne  TCA Autre(s) : \_\_\_\_\_Patient sevré :  OUI depuis le \_\_\_\_\_  NONRisque suicidaire :  OUI  NONAntécédent de Tentative de suicide :  OUI le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ NONAntécédents médicaux et chirurgicaux :\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Allergie(s) : \_\_\_\_\_Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_Traitement en cours : (joindre copie de l'ordonnance en cours)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie : (joindre compte rendu d'hospitalisation)\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_