

CENTRE CARDIO-VASCULAIRE VALMANTE

DEMANDE D'ADMISSION

DEMANDEUR

Établissement :Service :
Médecin demandeur :Tél :

PATIENT

Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville : Code Postal : Tél :
Médecin Traitant : Personne à prévenir :
N° sécurité sociale :

DEMANDE

Chambre particulièreoui non

PATHOLOGIE

Motif d'hospitalisation :
Diagnostic :
.....
Traitement (ou adresser une ordonnance par fax) :

ANTECEDENTS

OXYGENE AEROSOLS PPC VNI

AUTONOMIE

Déplacements	Autonome <input type="checkbox"/>	Aide humaine/matériel <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Alimentation	Sans aide <input type="checkbox"/>	Aide partielle <input type="checkbox"/>	Aide totale <input type="checkbox"/>
Continence urinaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Continence anale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
État cutané	Normal <input type="checkbox"/>	Plaies <input type="checkbox"/>	
État psychique	Désorienté <input type="checkbox"/>	Dépressif <input type="checkbox"/>	Agité <input type="checkbox"/> Apathique <input type="checkbox"/>

Pour toute information sur les modalités d'admission et de prise en charge

Notre service d'admission : 04 91 17 28 29 – admission2.valmante@emeis.com

Un établissement

Centre Cardio Vasculaire Valmante

100 Traverse de la Gouffonne - 13009 Marseille

www.emeis-cliniques.fr/centre-cardio-vasculaire-de-valmante-marseille-13

