

# ANNEXE 3B : FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION EN DIVISION B

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS) **PATIENT.E**

Nom :   
Prénom :   
N° de patient :   
Date de naissance :   
Sexe : F  M   
Cas :   
Service :   
Catégorie :

Adresse :   
Téléphone :   
Date d'entrée :  Heure :   
Date de sortie :  Heure :

## RÉPONDANT

Nom :   
Numéro de caisse :   
Adresse :

## ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Nom :   
Numéro de caisse :   
Adresse :

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL / DATE DE L'ÉVÈNEMENT

## COMORBIDITÉS

## BUT DU SÉJOUR

Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>
Évaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'humeur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser : <input type="text"/>	
Troubles cognitifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser : <input type="text"/>	

## PROFIL DE L'AUTONOMIE

	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Projet de retour prévu : Domicile  EMS/Div. C  Autre

## HÔPITAL/CLINIQUE/MÉDECIN/SERVICE ENVOYEUR

N° tél / n° interne :   
Date:  Personne de contact en cas de transfert :   
Entrée souhaitée au CTR dès le :

## FORMULAIRE À COMMUNIQUER PAR FAX AU CTR, POUR DÉCISION

Nom du CTR :  N° de fax :   
Date:   
Date d'entrée en CTR :

Timbre et signature  
du CTR

## À COMMUNIQUER PAR FAX AU SERVICE DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSUREUR-MALADIE AVANT L'ADMISSION

Nom de l'assureur :   
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :  
Retour dans les 48 h, sinon accepté  
En cas de refus, motivation par lettre séparée  
Date ...../...../.....

Timbre et signature  
du service du médecin-conseil

# ANNEXE 3B : FORMULAIRE DE DEMANDE EN DIVISION B - VERSION GÉNÉRIQUE

## PATIENT.E (ÉTIQUETTE MOYENNE)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Situation à domicile : **Vit seul(e)** oui  non

Aide par la famille : oui  non

CAT : oui  non  Connu(e) du OSAD de :

## PROJET DE SORTIE APRÈS CTR

Domicile	<input type="checkbox"/>
Placement	<input type="checkbox"/>
Domicile d'un proche	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Sort du domicile oui  non

## PERSONNE DE CONTACT

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone:

## MÉDICALE

Chimiothérapie en cours (même orale) : oui  non

**MERCI DE JOINDRE LE PROTOCOLE**

Radiothérapie en cours : oui  non

Dialyse : oui  non  **Si oui, fréquence :**  LU  MA  ME  JE  VE  SA

Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle...) : oui  non

Systemes :

## INFIRMIÈRE

NEURO :  Aphasie  Agitation  Désorientation  Risque de fugue  Agressivité  RAS

RESP :  O2  Trachéo  BPAP ou CPAP  RAS

DIGESTIF :  SNG  PEG  Colostomie  Régime spécial :  RAS

RÉNAL :  SV  Urostomie  Incontinence  Sonde sus pubienne  RAS

LOCOMOTEUR :  Cannes  TTB  Chaise roulante  Seul  Avec aide

Mob en charge partielle  Mob en décharge complète

Matelas dynamique à air Hili Rom

ÉQUIPEMENT : Venflon Dte  Gche  Gripper sur port-a-cath  Voie veineuse centrale

Redon  Penrose

Troubles auditifs : oui  non

Troubles visuels : oui  non

Poids :  Taille :

MÉDECIN DE FAMILLE, TRAITANT :

RÉSUMÉ DE LA SITUATION (IDL) :

MÉDICAMENTS :

Feuille annexe

--	--