



CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANTES

UCC BEAUSEJOUR

DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS DE SUITE OU READAPTATION / REEDUCATION

Date de la demande : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'admission souhaitée : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTIFICATION DE L'UNITE

Médecin référent : Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cadre infirmier référent : Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Service Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Assistante sociale : Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTITE DU PATIENT

NOM : Sexe M / F

Année de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu d'habitation :

Sécurité sociale : Oui / Non Mutuelle : Oui / Non

Environnement social à domicile (aides en place, conjoint présent à domicile...) :

Médecin traitant :

Histoire de la maladie :

Antécédents contributifs :

Traitement actuel :

CHU de NANTES MAISON BEAUSEJOUR 44093 NANTES CEDEX 1

Close de confidentialité : Certaines informations contenues dans ce document sont confidentielles et soumises au secret professionnel. Elles sont destinées exclusivement au destinataire identifié par cet envoi. Si vous n'êtes pas ce destinataire ou si ce document vous parvient par erreur, sachez que toute utilisation en est strictement interdite et que vous êtes invité à nous contacter sans délais pour le récupérer.

NOM : Sexe : M / F

AUTONOMIE DU PATIENT

Orientation et comportement (jour/nuit) :

Communication :

Transfert et déplacement :

Alimentation (détailler les aides) :

Toilette (détailler les aides) :

Elimination :

BESOINS PARTICULIERS

Oxygène :

Aspirations :

Régime alimentaire :

Assistance nutritionnelle :

Rééducation :

Procédure d'isolement :

Support de prévention :

Chambre seule souhaitable :

SOINS INFIRMIERS

AVENIR ENVISAGE