

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Ce dossier est à renvoyer, dûment complété, à l'équipe médicale de la Clinique Villa Romaine par :
Télécopie : 04.93.76.29.50 Téléphone : 04.93.76.29.76
ou Mail : secretariat@cliniquevillaromaine.com
ou Courrier : Clinique Villa Romaine, 42 voie romaine, 06045 NICE CEDEX 1

IDENTITE DU PATIENT

Nom de Naissance :
 Nom Usuel :
 Prénom :
 Date de naissance : / / Sexe :

H	F
---	---

 Adresse du patient :

 Code postal :

--

 Ville :
 Téléphone du patient :
 N° sécurité sociale :
 Mutuelle :

Oui	Non
-----	-----

 Nom de la Mutuelle :
 ALD

Oui	Non
-----	-----

 Motif ALD :
 Mesure(s) de protection de Justice :

Oui	Non
-----	-----

 Tutelle ☐ Curatelle ☐ Autre : ☐

Souhait du patient : ☐ Chambre seule ☐ Chambre double

REFERENT FAMILIAL :

Nom et Prénom :
 Téléphone du référent :

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant :
 Téléphone du médecin traitant :

CHARGE

.....

ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS :

.....

PROJET SOCIAL :

Choix du patient pour son devenir : Retour domicile ☐ EHPAI ☐ SSIAD ☐
 Autre :

Directives anticipées rédigées :

Oui	Non
-----	-----

 Si oui, merci de les apporter.

NIVEAU DE DEPENDANCE DU PATIENT

Item	A	B	C
Cohérence			
Orientation			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			
Élimination urinaire			
Élimination Fécale			
Transferts			
Déplacements à l'intérieur			
Déplacements à l'extérieur			
Communication à distance			

Grille AGGIR

A : autonomie
(+ ou - aides techniques)

B : intermédiaire
(assistance d'un tiers obligatoire)

C : perte d'autonomie totale

SOINS TECHNIQUES

Voie Veineuse :
 Insulinothérapie :
 Sonde urinaire
 à demeure :
 Sonde gastrique :
 Colostomie
 Oxygène :
 Autres soins :

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Plaie ou escarre :

Oui	Non
-----	-----

TRAITEMENT EN COURS

(le notifier lisiblement ou joindre ordonnance)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande d'admission :

Médecin adresseur :

Adresse postale :

Tél :

