

## 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](mailto: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
Oui	Non

Nom de la Mutuelle : .....

ALD : .....

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       EHPAD       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			
Habillement			
Alimentation			
Elimination urinaire			
Elimination 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 :

Oui	Non
Oui	Non
Oui	Non

Insulinothérapie :

Sonde urinaire

à demeure :

Sonde gastrique :

Colostomie

Oxygène :

Autres soins : .....

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 : .....







