

DEMANDE D'ADMISSION

Faite par : _____

Médecin : _____ Service : _____

Sur recommandation EMSP Nom du médecin/infirmière : _____

DONNÉES PATIENT (à remplir ou mettre un dito)

Sexe M F

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Rue : _____ NPA/Lieu : _____ Canton : _____

Domicile fiscal : _____ Nationalité : _____ Etat civil : _____

Tél. privé : _____

ASSURANCES

N° AVS : 756. _____

Assurance de base _____ N° carte d'assuré. _____

Assurance compl. _____ N° carte d'assuré. _____

Documents à transmettre le jour d'admission : Copie de carte d'assuré caisse-maladie ; carte d'identité ; livret de famille ; décision représentation légale (si existe) pour adresse courrier, factures etc. ; décision allocation impotence (si existante)

RÉSEAU

Médecin de famille : _____ Tél. _____

Médecin oncologue : _____ Tél. _____

Infirmière, CMS, etc. : _____ Tél. _____

EMSP : _____

Curateur, tuteur : _____ Tél. _____

Représentant administratif : _____ Tél. _____

Représentant thérapeutique : _____ Tél. _____

Assistante sociale : _____ Tél. _____

Ligue valaisanne contre le cancer

Ligue pulmonaire valaisanne

PROCHE – ADRESSE DE CONTACT

Nom : _____ Prénom : _____

Relation avec le patient : _____ Tél. privé : _____

DONNÉES MÉDICALES (à remplir ou joindre dossier patient)

Documents à transmettre : DMST, Ordonnance, documents médicaux, directives anticipées, autres.

Diagnostic(s) principaux	
Symptômes	
Statut /Attitude (Réanimation, hospitalisation, soins intensifs, intubation, ATB)	
Traitements / Equipements	

PROJET PATIENT / OBJECTIFS DU SEJOUR

Accompagnement de fin de vie

Séjour de répit avec projet pour la suite

Projet : _____

Médecin / Hôpital envoyeur : _____ Tél. _____

Lieu et date : _____ Signature : _____