

# 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'ÉVÉNEMENT

## COMORBIDITÉS

## BUT DU SÉJOUR

Réadaptation à la marche

Réadaptation AVQ

Reconditionnement - renutrition

Évaluation de l'autonomie

Suite de traitement

Troubles de l'humeur : oui  non

Si oui, préciser :

Troubles cognitifs : oui  non

Si oui, préciser :

Projet de retour prévu : Domicile

EMS/Div. C

Autre

## 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"/>

## 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

Radiothérapie en cours : oui  non

**MERCI DE JOINDRE LE PROTOCOLE**

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

RESP :  O2  Trachéo  BPAP ou CPAP

DIGESTIF :  SNG  PEG  Colostomie  Régime spécial :

RÉNAL :  SV  Urostomie  Incontinence  Sonde sus pubienne

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

--	--

