

Photo
d'identité

Dossier de demande d'admission

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

Le dépôt de ce dossier ne vaut en aucun cas admission. Si la candidature correspond à la prise en charge proposée au centre le Brasset, le dossier sera placé sur une liste d'attente.

Ce dossier ne sera étudié que s'il est rempli de manière exhaustive. Dans le cas contraire, il vous sera retourné.

Il devra être accompagné d'une photo d'identité et des bilans demandés dans ce dossier.

Après étude du dossier par nos services, si la décision est favorable, un certain nombre de documents complémentaires sera demandé. **L'admission ne sera validée qu'à réception de l'ensemble des documents.**

NOM, Prénom

Type de séjour

Hospitalisation complète

Hospitalisation de jour

Prescripteur

MOTIF DE LA DEMANDE

Premier Fauteuil roulant

Renouvellement d'un fauteuil roulant

Autre, précisez : _____

Centre le Brasset – 14 rue Louis Braille – 77100 MEAUX

- Tél. : 01 60 09 87 10 – Fax : 01 60 09 87 13 – Email : consultpos@gmail.com

DOSSIER ADMINISTRATIF

ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

Nom de famille (de naissance),
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage), Prénom

Date de naissance

Age

Lieu de naissance

Pays

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone portable

Téléphone portable

PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI NON

Si OUI :

Nom de famille (de naissance), Prénom
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

La personne concernée est-elle informée de la demande ?

OUI

NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ?

OUI

NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter⁽¹⁾

Nom de famille (de naissance)
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

Date de la demande : ___/___/___

Signature

Centre le Brassat – 14 rue Louis Braille – 77100 MEAUX

▪ Tél. : 01 60 09 87 10 – Fax : 01 60 09 87 13 – Email : consultpos@gmail.com

DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :

--

ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux

PATHOLOGIES ACTUELLES

--	--

TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)

--

Allergies OUI NON

Si oui précisez :

--

SOINS TECHNIQUES	Oui	Non
Trachéotomie		
Gastrostomie		
Colostomie		
Sonde nasogastrique		
Oxygénothérapie		

APPAREILLAGES	Oui	Non
Fauteuil électrique		
Fauteuil manuel		
Déambulateur		
Aide à la marche		
Matelas anti-escarres		
Précisez :		

COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)

--

Centre le Brassat – 14 rue Louis Braille – 77100 MEAUX

▪ Tél. : 01 60 09 87 10 – Fax : 01 60 09 87 13 – Email : consultpos@gmail.com

MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)

Nom Prénom(s)

ADRESSE
N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/Ville

Date

Signature et cachet du médecin