

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION DIRECTE EN HOSPITALISATION

Date :/...../.....

1. Identification du patient

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Sexe : ☐ F ☐ M
Adresse : _____
Téléphone : _____
Personne à prévenir / tuteur : _____
Lieu actuel de résidence :
☐ Domicile ☐ EHPAD ☐ Résidence autonomie ☐ Autre : _____

2. Médecin demandeur

Nom / Prénom : _____
Fonction : ☐ Médecin traitant ☐ Médecin coordinateur ☐ Spécialiste hospitalier
☐ Autre : _____
Établissement / Cabinet : _____
Téléphone (ligne directe) : _____
E-mail (facultatif) : _____

3. Motif de la demande d'admission / Résumé de la situation clinique

4. Antécédents médicaux / chirurgicaux

5. Traitements en cours : *(Ou joindre ordonnance)*

6. Signes cliniques récents :

7. Constantes (si connues) :

TA : ____ / ____ | FC : ____ bpm | Température : ____ °C | SpO₂ : ____ % | Glycémie : ____ mg/dL

8. Documents transmis

- | | |
|---|--|
| ☐ Bilan biologique récent | ☐ Résumé médical / dossier de liaison |
| ☐ Prescription médicale | ☐ Directive anticipée / projet de soins |
| ☐ Lettre de consentement du patient / représentant légal | |

9. Urgence de l'admission

- ☐ Admission dans les 24h ☐ Admission dans les 48-72h
☐ Admission programmée (à préciser) : _____

10. Commentaires / précisions

À transmettre s'il vous plait à :

CHICL – Service de Médecine polyvalente

BMchicl@ch-cavaillon.fr