



Date de la demande :
...../...../20.....
Date d'entrée souhaitée :
...../...../20.....
Date d'entrée programmée :
...../...../20.....

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Volet MEDICAL à remplir par le médecin demandeur

Service souhaité : Pneumologie : Hospitalisation Complète La Pignada Hôpital de jour Le Hillot

Cardiologie : Hospitalisation Complète La Pignada Hôpital de jour Le Hillot

A adresser au pôle pré admission : fax 05.56.03.82.82 ou mail admission@lp-lh.fr

1 – INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Nom de Naissance :

Nom d'Usage :

Prénom :

Né(e) le :

Sexe : M F

2 – DOSSIER MEDICAL

Diagnostic principal :

ALD en rapport avec la demande de prise en charge : oui non

Objectif(s) du séjour :

- Réhabilitation dans le cadre du suivi
- Réhabilitation post-événement aigu : précisez :
- Mise en place VNI/ Oxygène
- PEC péri-opératoire : Type de chirurgie

○ **PRE –chirurgie**

Date prévue de la chirurgie :

○ **POST Chirurgie**

Date de la chirurgie :

ELEMENTS CLINIQUES IMPORTANTS A NOUS SIGNALER POUR L'ORGANISATION DU SEJOUR DU PATIENT : antécédents importants, limitation neuro-orthopédique, problème d'autonomie, traitement particulier, molécules onéreuses, complications chirurgicales, contexte de tutelle ou curatelle, difficultés à prévoir...

Merci de joindre les COMPTES RENDUS médicaux CARDIOLOGIQUES (ETT/ épreuve d'effort...) et/ou PNEUMOLOGIQUES (EFR/ GDS...)

Poids :

Taille :

Allergie(s) :

BMR :

Oui Non

(Laquelle :)

Orientation pour le devenir du patient

- Ré-hospitalisation prévue le :
- Retour à domicile
- Hébergement en institution



Si hébergement institutionnel, demandes effectuées à :

Médecin Demandeur :

Cachet et signature
(obligatoire) :

VOLET ADMINISTRATIF et SOCIAL à compléter par le PATIENT
ATTENTION, tous les champs du document doivent être remplis

ENR/ADM/043/v4
Date : 18/03/2019

Merci de joindre obligatoirement à ce dossier :

- Une copie recto/verso de votre carte d'identité
- Une copie de votre attestation sécurité sociale en cours de validité
- Si vous avez une mutuelle : une copie de votre carte de mutuelle en cours de validité

<u>Informations :</u>	
Nom de naissance :	Nom d'usage :
Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	
Téléphone :	mail :
Personne à prévenir :	lien :
Adresse :	téléphone :
N° de sécurité sociale :	
Nom de l'assuré social si différent du patient :	
Mutuelle :	N° adhérent Mutuelle :
Coordonnées de la mutuelle :	
<i>Si votre mutuelle ne prenait pas en charge la chambre individuelle merci de contacter le service préadmission LP LH au 05 56 03 82 00</i>	
Souhaitez-vous un lit accompagnant durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

<u>Nom(s) et Adresse de Vos Médecins :</u>
Médecin traitant :
Cardiologue :
Pneumologue :
Autre(s) :

<u>Mode de vie :</u>
Vivez-vous seul ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, précisez :
Mesures de protection : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> tutelle <input type="checkbox"/> curatelle
Intervenants à domicile avant hospitalisation : <input type="checkbox"/> infirmier <input type="checkbox"/> auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> proches
<input type="checkbox"/> télé alarme <input type="checkbox"/> aide-ménagère <input type="checkbox"/> repas à domicile

Date :

Signature du Patient :



Etablissements gérés par la Fédération Girondine de Lutte contre les Maladies Respiratoires - Association reconnue d'utilité publique depuis 1921

La Pignada : Route du Cap-Ferret - 33950 Lège Cap-Ferret Téléphone : 05 56 03 82 00 - Fax : 05 56 03 82 82 - accueil@la-pignada.asso.fr

Le Hillot : 32 rue Jean Perrin - 33600 Pessac - Téléphone : 05 57 78 10 89 - Fax : 05 56 03 82 82