



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](mailto: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

<b><u>Informations :</u></b>	
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 :	
<b><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></b>	
Souhaitez-vous un lit accompagnant durant votre séjour ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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

<b><u>Mode de vie :</u></b>
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