



DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION MEDECINE :

- HOSPITALISATION COMPLÈTE SERVICE DE MEDECINE POLYVALENTE
- HOPITAL DE JOUR SERVICE DE SOINS MÉDICAUX
- UNITÉ DE SOINS PALLIATIFS

A ADRESSER via AZUREZO ou par MAIL ou par FAX ou par COURRIER POSTAL :

N B: Vous pouvez adresser directement votre demande d'admission sur AZUREZO

Téléchargez l'application AZUREZO sur votre mobile (App Store et Google Play) ou sur votre ordinateur

SECRETARIAT : TEL : 04 93 28 73 41 FAX : 04 93 28 76 26 MAIL : secretariat.medecine@ch-menton.fr

SERVICE SOCIAL : TEL : 04 93 28 72 03 FAX : 04 93 28 73 49 MAIL : sce.social@ch-menton.fr

Centre Hospitalier La Palmosa - Service SMR - 2, rue Antoine Pégliion – BP 189 – 06507 MENTON CEDEX

PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur Madame

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

Prénom(s) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

PERSONNE A PREVENIR

MOTIF(S) D'ADMISSION

ANTECEDENTS (médicaux, chirurgicaux)

TRAITEMENT EN COURS - JOINDRE LES ORDONNANCES

EVALUATION – ETAT CLINIQUE DU PATIENT

Déplacement	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
Etat cutané	<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Escarre	<input type="checkbox"/> Ulcère	<input type="checkbox"/> Autre
Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si OUI, préciser :	
Troubles comportementaux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si OUI, préciser :	

DEVENIR ENVISAGE :Retour à domicile Retour à domicile avec mise en place ou majoration des aides Si OUI, lesquelles : IDEL Kiné Aide à domicile AutreEHPAD **COMMENTAIRES / RECOMMANDATIONS / CONTEXTE SOCIAL**

Merci de nous faire parvenir également les derniers examens et bilans sanguins du patient.

Date :

Signature et cachet du médecin :