



Ramsay Santé **Clinique Ronsard**

Demande d'admission **HOSPITALISATION COMPLETE**

Index

M289/FRMU/ACC
U/006

Version

3

Date de mise en application :

Décembre 2025

PATIENT

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° de tél :

Adresse:

N° de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle : N° d'adhérent :

Motif d'hospitalisation :

Pour les patients déjà hospitalisés, merci de transmettre la fiche débiteur GAM / Fiche administrative.

TRAITEMENT ACTUEL → Joindre ordonnance(s)

HISTOIRE DE LA MALADIE

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

.....

ANTECEDENTS SOMATIQUES

.....

ALLERGIE(S) / REGIME

.....

 <p>Ramsay Santé Clinique Ronsard</p>	<p align="center">Demande d'admission HOSPITALISATION COMPLETE</p>	Index	M289/FRMU/ACC U/006
		Version	3
		Date de mise en application :	Décembre 2025

ETAT DE SANTE ACTUEL

HANDICAP RECONNU : Oui Non Si oui, précisez :

Adaptations nécessaires ou besoins particuliers :

FONCTIONS SUPERIEURES

- Risque de fugue
- Trouble du langage
- Atteinte de la mémoire
- Troubles neurologiques
- Épisode confusionnel
- Déambulation

ALIMENTATION

- Seul
- Avec aide partielle
- Avec aide totale
- Risque de fausse route
- Régime :

CONTINENCE

- Continence urinaire
- Protection
- Penilex
- Sonde urinaire
- Continence fécale
- Gère seul son incontinence

MOBILITE ET AUTONOMIE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Se lave avec aide totale |
| <input type="checkbox"/> Se déplace seul | <input type="checkbox"/> S'habille seul |
| <input type="checkbox"/> Se déplace avec aide : | <input type="checkbox"/> S'habille avec aide partielle |
| <input type="checkbox"/> Se lave seul | <input type="checkbox"/> S'habille avec aide totale |
| <input type="checkbox"/> Se lave avec aide partielle | <input type="checkbox"/> Risque de chute |

Directives anticipées

Conformément aux recommandations nationales, il est important d'informer les patients sur la possibilité de rédiger des directives anticipées. Cela permet à chacun d'exprimer, par avance, sa volonté concernant les soins qui pourraient être proposés en cas de situation critique. Nous vous remercions, en tant que professionnel correspondant, d'informer le patient de l'intérêt de disposer de directives anticipées et de les encourager, s'ils le souhaitent, à préparer ce document avant l'admission.

- Le patient a-t-il déjà rédigé des directives anticipées ?
 - Oui Non Ne sait pas
 - Si oui, merci de nous l'indiquer ou de joindre le document si le patient est d'accord.

DATE	IDENTITE ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

**Cette fiche, accompagnée des ordonnances de traitement et des éventuelles fiches administratives sont à transmettre à l'adresse email suivante :
admission.ronsard@ramsaysante.fr**