
DOSSIER D'ADMISSION AU CENTRE HOSPITALIER LOCAL DE ST MEEN LE GRAND
UNITE POUR SCLEROSE EN PLAQUES : DOSSIER ADMINISTRATIF

Séjour permanent **Date souhaitée :**

Séjour temporaire **Pendant :** 3 semaines 1 mois 2 mois 3 mois

Dates souhaitées :

1 -

2 -

3 -

Contexte de la demande :

1 – Qui a eu l’initiative de la demande ? patient famille autre

2 – Le patient adhère-t-il à la demande ? oui non ne peut donner son avis

3 – Préciser la raison de l’indisponibilité de l’aidant :

Vacances Problème social familial Problème de santé

Autre :

Projet de sortie : Retour à domicile Autre

Préciser :

.....

.....

Identité du patient demandeur :

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Distance de St Méen :km

Tél : Portable :

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée

Situation familiale :

Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve) Célibataire Vie maritale

Activités professionnelles antérieures :

.....

.....

.....

Date d'arrêt de l'activité professionnelle

Conjoint :

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Tél 2 :

Situation professionnelle :

.....

Enfants :

Noms et prénoms	Date de naissance	Situation	Adresse si différente

Mesure de protection : Aucune Curatelle Tutelle Mandataire spécialisé

Date du jugement :(joindre copie du jugement)

Nom :

Prénom :

Qualité : Père Mère Frère Sœur Oncle Tante

Organisme Préciser :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Tél 2 :

Portable : Fax :

Autre Préciser:

Assurance maladie :

N° de sécurité sociale :

Caisse d'affiliation (nom de la caisse) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

Mutuelle :

N° adhérent :

Mutuelle :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Fax :

Référent social :

Nom et prénom :

Tél : Tél 2 :

Portable : Fax :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom : Qualité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Portable :

Tél professionnel :

Date :

Nom et qualité du signataire :

.....

Signature du demandeur :

*Ces données seront informatisées, vous pourrez exercer votre droit d'accès et de rectification
auprès du secrétariat du centre hospitalier*

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER ADMINISTRATIF

- Copie carte d'identité ou carte de séjour en cours de validité
- Copie attestation vitale en cours de validité
- Copie attestation mutuelle en cours de validité
- Copie jugement mesure de protection (si besoin)
- Copie attestation d'assurance pour le fauteuil électrique si vous en possédez un

Merci de cocher les cases correspondant aux documents joints

Observations : Inscrivez ci-dessous les informations que vous souhaiteriez nous faire connaître et qui vous paraissent importantes

Merci de renvoyer ce document **accompagné des derniers courriers en votre possession (Neurologue, Médecin rééducateur)** à :

Mme Marie GUILLET
Infirmière coordinatrice du Réseau SEP-Bretagne
Service de Neurologie
CHU Pontchaillou
Rue Henri Le Guilloux
35033 RENNES CEDEX

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée

Chaque rubrique doit être impérativement renseignée