



DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV

Date de prise en charge souhaitée :/...../.....

Usager : M. Mme Melle

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Profession :

Situation : Assuré Conjoint Ascendant Autre
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf Autre

Adresse d'intervention :
.....
.....

Téléphone fixe : Portable :

N° Immatriculation Sécurité Sociale : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _

Nom de la Sécurité Sociale :

Attestation Sécurité Sociale

Protection juridique : Oui Non Si oui, précisez :

Nom et téléphone :

APA : Oui Non En cours Nombre d'heures :

**DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV**

Intervenant	Nom	Adresse	téléphone
Médecin traitant			
Infirmier			
Pédicure			
Pharmacie			
Laboratoire			
Kinésithérapeute			
Cardiologue			
Neurologue			
Ophtalmologue			
Autre spécialiste			
Auxiliaire de vie			
Services sociaux			
Portage de repas			
Télé-alarme			
Matériel			
ENTOURAGE / AIDANT			



DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV

FICHE DE RENSEIGNEMENT MEDICAUX A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Diagnostic :

Le diagnostic a-t-il été posé ? Oui Non (Si non, renvoyer vers une consultation spécialisée chez un neurologue, en centre de mémoire ou médecin traitant)

Si oui, médecin neurologue référent :

Date de la dernière visite :/...../..... Un compte rendu a-t-il été fait ? Oui Non

La personne est-elle en possession d'une prescription médicale ? Oui Non

Y a-t-il une autre prise en charge associée (accueil de jour, hôpital de jour...) ? Oui Non

Si oui, laquelle :

Pathologie(s) principales(s) :

.....
.....
.....
.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Soins à effectuer :

.....
.....
.....
.....
.....
.....



DEMANDE D'ADMISSION EN ESA SSV

Pathologie(s) secondaire(s) et/ou associée(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gestion des médicaments Per Os :

- Entre dans l'aide aux actes de la vie courante (peut-être géré par un aide-soignant)

- N'entre pas dans les actes de la vie courante et doit être géré par un infirmier (Préparation de prise)

Date

Signature et cachet du médecin