CENTRE WILLIAM HARVEY
HÔPITAL PRIVÉ DE LA MANCHE

FORMULAIRE D'ADMISSION

Type d'admission : ☐ **HDJ** ☐ **HC**

À transmettre à : admission-wh@hpmanche.fr

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES & IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance :	Nom d'usage :
Prénom :	Date de naissance :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin	Téléphone :
Adresse :	
Date d'entrée souhaitée :	

2. DONNÉES CLINIQUES & PIÈCES À JOINDRE

Poids : kg	Taille : cm
Patient porteur de BMR : ☐ Oui ☐ Non	Antécédents de BHRE : ☐ Oui ☐ Non
Pathologie cardiologique aiguë :	
Date de l'événement :	
Lieu et compte rendu dernière ETT :	
Lieu et compte rendu dernière CORO et/ou APTL :	
Lieu et compte rendu des chirurgies cardio-vasculaires :	
Prescriptions médicamenteuses ou joindre les ordonnances en cours :	

3. NIVEAU D'AUTONOMIE

Critère	Évaluation / Niveau
Troubles cognitifs	☐ Aucun | ☐ Mineur | ☐ Important | ☐ Majeur
Locomotion	☐ Autonome | ☐ Aide partielle | ☐ Aide totale
Transfert	☐ Autonome | ☐ Aide partielle | ☐ Aide totale
Marche	☐ Autonome | ☐ Aide partielle | ☐ Aide totale
Autres précisions ou remarques :	

4. VALIDATION / SIGNATURES

Médecin demandeur :	Date :
Signature et Cachet :	