

Fiche de Pré-Admission

Pour préparer votre hospitalisation, nous vous remercions de remplir ce questionnaire et de le remettre au Service des Pré-admissions lors de votre consultation avec l'anesthésiste.

A défaut, l'adresser par courrier à :
Ou par fax au : **01 60 13 46 34**

Hôpital Privé Jacques Cartier - Service des Pré-admissions
6, Avenue du Noyer Lambert 91300 MASSY
Tél. : 01 60 13 60 60

Documents à joindre :

- Carte Vitale valide ou Attestation Vitale
- Carte de mutuelle (photocopie recto et verso)
- Justificatif de domicile (photocopie d'une quittance de loyer ou facture EDF ou avis d'imposition)
- Pièce d'identité (photocopie recto et verso)
- Livret de famille pour les enfants mineurs (photocopie des pages : Père, Mère et Enfant)
- Pour les hospitalisations de plus de 24h, un Chèque de provision (250 €) à remettre le jour de l'entrée
- Pour l'ambulatoire prévoir un mode de règlement (chèque ou espèces)
- En cas de transfert : Bulletin de situation de l'établissement d'origine
- Une copie d'une ordonnance du médecin traitant

Identité du patient hospitalisé	
NOM : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : __ / __ / ____ à :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Tél. domicile : _ _ _ _ _ Portable : _ _ _ _ _ Adresse :
Votre intervention est-elle en lien avec un accident du travail ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Si oui, merci d'apporter votre certificat (volet AT et CMI)</i>	
Le patient fait-il l'objet d'une mise sous tutelle ou curatelle ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Identité de l'assuré social	
NOM : Nom de jeune fille : Prénom : Né(e) le : __ / __ / ____	
Numéro de Sécurité Sociale : _ _ _ _ _ / _ _ _ _	
Nom de la Mutuelle : Adresse Mutuelle :	
Profession : <input type="checkbox"/> Etudiant(e) <input type="checkbox"/> Profession Libérale <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> Fonctionnaire	<input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre :
Nom et adresse employeur :	
Votre séjour	
Nom du médecin traitant : Nom du chirurgien : <input type="checkbox"/> Hospitalisation le : __ / __ / ____ à __ h <i>Intervention prévue le : __ / __ / ____</i> <input type="checkbox"/> Ambulatoire le : __ / __ / ____ à __ h <input type="checkbox"/> Maternité le : __ / __ / ____ à __ h	Lit accompagnant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Chambre particulière : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de consultation avec le médecin anesthésiste : Le __ / __ / ____
Personnes à prévenir	
Nom : Lien avec le/la patient(e) : Adresse : Tél. domicile : _ _ _ _ _ Tél. professionnel : _ _ _ _ _ Portable : _ _ _ _ _	Nom : Lien avec le/la patient(e) : Adresse : Tél. domicile : _ _ _ _ _ Tél. professionnel : _ _ _ _ _ Portable : _ _ _ _ _