

Centre d'Hébergement Spécialisé Région Centre-Val de Loire pour malade sans gravité à la rue ou dans des centres d'hébergement

Demande d'admission à retourner à chs.region.centre@imanis.fr

NOM : Prénom : Sexe : H F

Date de naissance : Téléphone :

Poids : Taille :

Consultation médecin de ville oui non

Appel centre 15 oui non

Date du test PCR : ___ / ___ / ____

Date des premiers symptômes :

Description des symptômes :

Conditions d'hébergement (depuis 1^{ers} symptômes, isolement ?) :

Traitement en cours : oui non

Si oui, précisez :

Comorbidité, antécédents notables :

Allergie connue :

Présence d'un animal : oui non

Addiction : oui non

Si oui, la/lesquelle(s) :

Langues parlées :

SITUATION SOCIALE (si information connue) :

Numéro de SS :

Centre de SS :

Ouverture des droits : Date de début : Date de fin :

S. S. de base S. S. + Mutuelle C.M.U. C.M.U.C.

A.L.D. A.M.E. Aucun droit En cours

Nom de la Structure d'hébergement :

Nom d'un contact sur site : Téléphone :

Adresse précise du site pour préparer le transport pour le 45 :

NB : Pour les autres départements, le transport est à prendre en charge par la structure qui héberge. Nous consulter si impossibilité.