Mission SLAM



Thème de la mission : Conception Base de données Pre Admission

Cette mission est le socle fondamental de la réalisation de votre Application qui sera présentée lors de votre épreuve E5, il est par conséquent **INDISPENSABLE** d'apporter une attention toute particulière à son contenu (précision des informations que vous fournirez et utiliserez tout au long de l'AP)

1. Appropriation du contexte

Etudier et s'approprier le contexte LPF clinique

2. Expression de Besoin

Vous travaillez sous la responsabilité de Mr Marc GOUSSE, responsable du pôle Applications.

Apres réunion du conseil d'administration, un nouveau besoin a été confié au pôle application à savoir la possibilité aux futurs patients de faire leur pré admission en Ligne.

Un travail de maquettage a été effectué afin d'identifier toutes les données nécessaires pour cette opération.

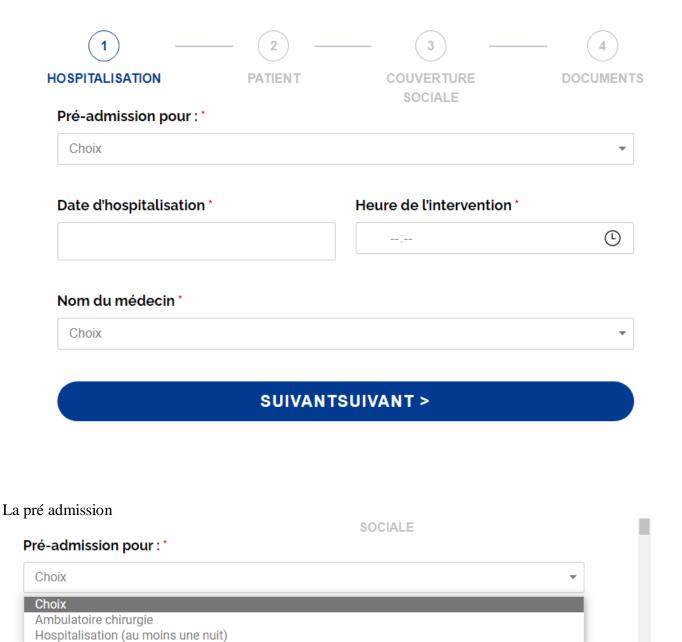
3. Travail à fournir

Marc Gousse vous a donc confié comme mission le développement de cette nouvelle fonctionnalité. La première étape sera donc la conception d'une base de données cohérentes afin de sauvegarder toutes ces informations.

Une présentation du modèle conceptuel de données afin de valider vos différents choix techniques.



Nous vous remercions de bien vouloir remplir avec attention ce formulaire

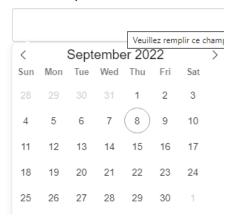


Date d'hospitalisation

Vous pouvez soit saisir une date librement soit proposer un calendrier comme ci-dessous

Mission LPF CLINIQUE AP SIO 2 SAINT LUC ╚

Date d'hospitalisation *



Nom du médecin

Proposer un menu déroulant avec les noms de tous les médecins

Nom du médecin *



Ci-dessous les informations à renseigner concernant le patient

Sa couverture sociale

Organisme de sécurité sociale / Nom de la caisse d'assurance maladie *

Ex : CPAM du Tarn et Garonne, CPAM du Lot, RSI, MSA				
Numéro de sécurité sociale *				
Le patient est-il l'assuré ? *	Le patient est-il en ALD ? *			
Choix	▼ Choix ▼			
Nom de la mutuelle ou de l'assuran	ce *			
Numéro d'adhérent *				
Chambre particulière ? *				
Choix	▼			

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Civ.*	Nom de naissance *	Nom d'épouse	
Prénom *		Date de naissance *	
Adresse *			
CP ·	Ville *		
Email *		Téléphone *	

Les coordonnées d'une personne de confiance et d'une personne à prévenir

COORDONNÉES PERSONNE À PRÉVENIR

Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		
COORDONNÉES PERS	ONNE DE CONFIANCE	
Nom	Prénom	Téléphone
Adresse		
Adresse		



Nous vous remercions de bien vouloir remplir avec attention ce formulaire



Pièces à joindre

(format jpg, png ou pdf)



Pour les enfants mineurs

Pour les enfants mineurs :

- une autorisation de soin et d'opérer signée par les deux représentants légaux
- le livret de famille
- ou en cas de monoparentalité, la décision du juge