

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.

Après 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



Pré-admission pour : *

Date d'hospitalisation *

Heure de l'intervention *

Nom du médecin *

SUIVANTSUIVANT >

La pré admission

SOCIALE

Pré-admission pour : *

Choix

Ambulatoire chirurgie

Hospitalisation (au moins une nuit)

Date d'hospitalisation

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

< **September 2022** >

Veuillez remplir ce champ

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	1

Proposer un menu déroulant avec les noms de tous les médecins

Choix ▼

Veuillez sélectionner un élément dans la liste.

SUIVANTSUIVANT >

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 ? *

Choix

Le patient est-il en ALD ? *

Choix

Nom de la mutuelle ou de l'assurance *

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 PERSONNE DE CONFIANCE

Nom

Prénom

Téléphone

Adresse



Nous vous remercions de bien vouloir remplir avec attention ce formulaire



Pièces à joindre

(format jpg, png ou pdf)

Carte d'identité (recto / verso)

Aucun fichier ...é sélectionné

Carte vitale

Aucun fichier ...é sélectionné

Carte de mutuelle

Aucun fichier ...é sélectionné

Livret de famille (pour enfants mineurs)

Aucun fichier ...é sélectionné

PRÉCÉDENTSUIVANT >

VALIDER

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

