



**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

Veuillez remplir ce champ

A screenshot of a digital calendar for September 2022. The calendar is displayed in a grid format with days of the week as columns and dates as rows. The date 8 is circled in blue.

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

Nom du médecin

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

