

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Hospitalisation de Jour

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 27 27 Mail : service.hdj@cliniquevernhes.fr
Site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous allez prochainement être hospitalisé(e) au sein de la Clinique du Château de Vernhes.

Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance. Vous devrez **lire et compléter** les différents documents composant ce livret qui sont **indispensables** pour faciliter votre admission dans notre établissement.

PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT :

- Copie de l'attestation de la sécurité sociale, ou, à défaut, copie de votre carte vitale en cours de validité
- Copie **recto/verso** de votre carte mutuelle en cours de validité
- Copie **recto/verso** de votre pièce d'identité en cours de validité
- Copie de l'attestation de déclaration de médecin traitant, si cette mention n'est pas notée sur l'attestation de Sécurité sociale
- Formulaire N°1** : Fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin
Ce document est indispensable pour la validation de votre demande d'admission.
- Formulaire N°2** : Fiche administrative complétée **recto verso**
Nous vous remercions d'indiquer précisément les coordonnées (noms, adresses, n° de téléphone et fax) de vos proches et de vos médecins, indispensables en cas de problèmes graves liés à votre état de santé.
- Formulaire N°3** : Désignation de la Personne de confiance
- Formulaire N°4** : Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements

MERCI de retourner le dossier **COMPLET** par courrier, à l'adresse suivante :

Service Hospitalisation de jour-Clinique du Château de Vernhes, 31340 BONDIGOUX

NB : En cas de dossier **incomplet** votre demande d'hospitalisation **ne pourra pas être prise en compte**



I. AVANT L'ADMISSION :

Vous devez vous renseigner sur les conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

- **L'établissement est conventionné par la sécurité sociale. Néanmoins, certains frais peuvent rester à votre charge ou celle de votre mutuelle :**
 - 20% des frais de séjour (= ticket modérateur)
- **Il est donc impératif de connaître vos droits et d'obtenir une garantie écrite de la part de votre mutuelle avant votre admission en fournissant les informations suivantes :**
 - Numéro FINESS de l'établissement : 310780374
 - Le secteur d'hospitalisation : Hospitalisation de Jour SSR Affection des Systèmes digestif, métabolique et endocrinien (DMT 171)

Cette démarche est inutile pour les mutuelles de la Fonction Publique.



II. LE JOUR DE L'ENTREE :

Vous devez vous présenter au Bureau des Entrées avec les originaux suivants :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Votre carte vitale,
- Votre carte mutuelle,
- Votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou carte de séjour)
- Le livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou une copie du jugement justifiant le changement de nom
- Votre prise en charge mutuelle, si celle-ci n'a pas pu être jointe au dossier de préadmission
- Votre attestation justifiant de l'ACS (Aide Complémentaire Santé)



DOCUMENTS MEDICAUX pour le médecin :

- Vos ordonnances en cours (médecin généraliste et spécialistes)
- Les comptes rendus de vos dernières consultations médicales (cardiologie, angiologie, neurologie, ophtalmologie etc.)
- Les derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Les résultats de biologie datant de moins de 3 mois
- Les derniers résultats d'imagerie

Vous devez prévoir:

- Une tenue de sport avec chaussures adéquates afin de participer aux différentes activités
- Un bloc-notes
- Un stylo
- Une pochette afin de ranger les documents

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER

Informations IMPORTANTES :

Lors de votre séjour nous vous demandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur.

En effet, suivant le Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 :
« l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement. »

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble des informations relatives à notre établissement directement sur notre site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous prendre en charge dans les meilleures conditions possibles. Les destinataires des données sont des professionnels soumis au secret médical.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la direction de la Clinique du Château de Vernhes.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

TARIFS AU 01/03/2020

(Annexe financière ARS du 13/07/2020 applicable au 01/03/2020)
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

| POUR TOUS LES SECTEURS (sauf Hospitalisation de Jour) | Tarif général | Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient |
|---|---------------|--|
| S.N.S (frais de séances de soins) | 124.66€/jour | 24.93€/jour |
| PMS (Forfait prescription PMSI) | 5.95€ | |

Fiche d'admission médicale

A compléter obligatoirement par le médecin prescripteur su séjour

Nom : Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance :

Déjà venu(e) dans l'établissement : Oui
 Non

Date du dernier séjour :

Médecin qui vous a suivi lors du dernier séjour :

A renseigner obligatoirement : 100% ALD : Oui : motif :
 Non

Motif d'hospitalisation :

Secteur souhaité : Soins de Suite Nutrition Séjour Hôpital de Jour

Pathologies associées :

(Merci de joindre une lettre spécifiant la demande)

Etat clinique : (mentions à remplir pour validation de la demande)

Poids : Taille : IMC :

| | | | | |
|---------------------|-----------------------------------|--|---|--|
| - Soins d'hygiène : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Dépendant | |
| - Elimination : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Dépendant sonde urinaire | Stomie : |
| - Alimentation : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Dépendant alim entérale | <input type="checkbox"/> Alim parentérale |
| - Respiration : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> Trachéotomie | <input type="checkbox"/> App apnée sommeil (CPAP ou VNI) |
| - Mobilisation : | <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Aide partielle | <input type="checkbox"/> Dépendant | |
| | <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Béquille | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant |

Troubles du comportement : Oui : à préciser : Non

(Merci de fournir un certificat médical de compatibilité avec un séjour en établissement SSR non psychiatrique)

Plaies (préciser type et localisation) :

Infection(s) Site : Germe :

Projet médical :

Projet social (devenir –démarche en cours) :

Présence d'un traitement : Non Oui : Si oui, fournir obligatoirement la copie des ordonnances en cours

Date :
..... /..... /.....

Médecin prescripteur :
Dr :
Mail :

Signature et cachet :

Tél : Fax :

Fiche administrative

(A compléter recto et verso)

NOM MARITAL : SEXE : F M

NOM DE JEUNE FILLE : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION DE FAMILLE : NATIONALITE :

PERSONNE(S) A CHARGE : (Noms et liens de parenté) :

.....

SITUATION PROFESSIONNELLE :

VOTRE ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : / / / / / PORT : / / / / / MAIL :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE (nom et adresse) :

.....

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE(E) : Né(e) le :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

BENEFICIAIRES : Assuré(e), conjoint, enfant, concubin(e) Ascendant

ETES-VOUS A 100% ALD ? OUI NON

ETES-VOUS BENEFICIAIRE DE L'ACS (Aide complémentaire santé) ? OUI NON

MUTUELLE (Nom ; Adresse) :

.....

N° FAX : ___/___/___/___/___ N° TEL : ___/___/___/___/___

POSITION JURIDIQUE : SOUS TUTELLE SOUS CURATELLE

NOM ET ADRESSE :

SI CE N'EST PAS LE PATIENT QUI REGLE LES FACTURES, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNEES :

Nom : Prénom:

Adresse :

Code postal : Ville :

N° Tél : ___/___/___/___/___ N° Portable: ___/___/___/___/___

Qualité :

COORDONNEES DE LA PERSONNE A PREVENIR : (à renseigner obligatoirement)

| Nom, Prénom, Lien de Parenté | Adresse | Téléphone |
|------------------------------|---------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

MEDECIN TRAITANT : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : __/__/__/__ Fax __/__/__/__ Mail :

Autres médecins spécialistes (compléter par les nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone, mail) :

.....
.....

MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : __/__/__/__ Fax __/__/__/__ Mail :

Coordonnées de votre pharmacie : Nom : Téléphone : __/__/__/__

Code postal : Ville :

Date : __/__/__

Signature :



III. LA PERSONNE DE CONFIANCE :

QUI PEUT ETRE LA « PERSONNE DE CONFIANCE » ?

- Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : conjoint, enfants, parents, un proche, votre médecin....

QUEL EST SON ROLE ?

- Vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé (consultations, entretiens médicaux...)
- Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a pour mission d'être votre référent auprès de l'équipe médicale. Elle est votre porte-parole et s'exprimera pour vous suivant vos souhaits.

QUAND LA DESIGNER ? COMMENT ?

- Vous pouvez la désigner à tout moment, que vous soyez en bonne santé, malade ou porteur d'un handicap.
- La désignation doit se faire par écrit, sur le document ci-joint.
- Il est également possible de renseigner la personne de confiance sur votre DMP.





Formulaire de désignation de la Personne de Confiance

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....

nomme la personne de confiance suivante

- Nom, prénoms :
- Adresse :
- Téléphone privé : Téléphone professionnel :
- Téléphone portable :
- E-mail :

Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

OUI NON

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

OUI NON

CAS PARTICULIERS

- Je ne souhaite pas désigner ma personne de confiance
- Le patient n'est pas en mesure de désigner sa personne de confiance

Fait à :

Le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

CAS PARTICULIER

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoins 1 : Je soussigné(e)

Noms et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

.....

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si

un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

Oui Non

Fait à : le :

Signature :

Témoins 2 : Je soussigné(e)

Noms et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M

.....

→ que M lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si

un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : Oui Non

→ que M lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées

Oui Non

Fait à : le :

Signature :



AU 1^{er} JANVIER 2020

Nouvelle réglementation
pour **LA SUBSTITUTION** par les
médicaments génériques



Depuis le 1er janvier 2020, la réglementation pour la substitution des traitements a évolué et exige que la mention « non substituable » soit motivée et justifiée **UNIQUEMENT** par l'un des deux motifs ci-dessous.

En dehors de ces deux cas, la non substitution ne sera pas acceptée.

(MTE) PRESCRIPTION DE MEDICAMENT A MARGE THERAPEUTIQUE ETROITE :

Lorsque le patient est stabilisé avec un médicament bien précis.

(Médicaments concernés : Lamotrigine, Prégabaline, Zonisamide, Lévétiracétam, Topiramate, Valproate de Sodium, Lévothyroxine, Mycophénolate Mofetil, Buprénorphine, Azathioprine, Ciclosporine, Everolimus, Mycophénolate Sodique)

(CIF) CONTRE INDICATION FORMELLE ET DEMONTREE :

En cas d'allergie à un excipient (substance) présent dans le médicament.

Par ailleurs, vos traitements personnels apportés depuis votre domicile doivent respecter le conditionnement suivant :

- Etre dans les **boîtes et blisters** d'origine comprenant le **numéro de lot** et la **date de péremption**.
- **Les piluliers avec des comprimés en vrac ne seront pas acceptés !**



Merci de renseigner et de renvoyer le formulaire ci-joint. Faute de retour de ce dernier, votre dossier sera considéré comme **INCOMPLET**.

Nous vous remercions de votre compréhension.



Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance

.....
.....

Reconnais :

- Avoir pris connaissance de la réglementation concernant la substitution des traitements
- ET
- M'engage à la respecter

Fait à :

Le :

Signature :