DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Hospitalisation de Jour

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 29 40 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 ou attestation CSS**

❒ Copie **recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité** (carte d'identité ou passeport)

❒ **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. **Merci de joindre obligatoirement la copie de votre ordonnance de médicaments en cours**.

❒ **Formulaire N°2** : **Fiche administrative** à compléter 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**
Très Important : Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, **celle-ci devra obligatoirement signer ce document**. En l'absence de sa signature, ce document ne sera pas conforme.
Merci de compléter et de signer ce document, même si vous ne souhaitez pas désigner une personne de confiance.

❒ **Formulaire N°4 : Engagement à suivre la règlementation concernant la substitution des traitements**

❒ **Formulaire N°5 : Autorisation d'accès aux informations de santé**

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 <u>originaux</u> suivants :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Votre carte vitale,
- Votre carte mutuelle,
- Votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport)
- 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 attestation justifiant de l'CSS (Complémentaire Santé Solidaire)
- Votre attestation papier de votre Pass Sanitaire

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

TARIFS AU 01/09/2021

(Annexe financière ARS n° 2021/2717 du 19/07/2021 applicable au 01/03/2021)
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 171) REGIME	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
S.N.S (frais de séances de soins)	125.27€/jour	25.05€/jour
PMS (Forfait prescription PMSI)	5.98€	

Transports :

Si vous avez un véhicule, un parking est à votre disposition à l'entrée de l'établissement, le deuxième parking étant strictement réservé au personnel.
Si vous avez une carte de stationnement pour personne handicapée, des places vous sont réservées (voir à la réception).

Si votre état de santé le nécessite, le médecin prescripteur de votre séjour pourra vous prescrire un transport médicalisé. Une demande d'entente préalable de transport, valant prescription médicale, doit être établie pour 10 séances d'hospitalisation de jour pour l'aller et le retour.

Le choix du type du véhicule (taxi, Véhicule sanitaire Léger, ambulance) sera prescrit par votre médecin.
Vous avez le choix de la société de transport mais assurez-vous qu'il s'agit bien d'une société agréée pour les transports médicalisés (Liste à consulter sur le site : www.ameli.fr).

Vous devez conserver le volet 3 de cette demande et en faire une copie : le volet 3 devra être remis au transporteur et la copie à la clinique.

Les autres volets doivent être envoyés à votre Caisse de Sécurité Sociale dès que vous aurez obtenu une date d'entrée prévisionnelle.
S'il n'y a pas de refus sous 15 jours, la Caisse indique que « l'absence de réponse sous 15 jours, vaut accord » ou si vous recevez un accord, merci de nous l'adresser.

Sécurité des biens et protection des données

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.

CLINIQUE Château de Vernhes BONDIGOUX

Fiche d'admission médicale

A compléter obligatoirement par le médecin prescripteur su séjour

A compléter par le patient

Nom : ..... **Nom de naissance:**.....

Prénom : ..... **Sexe :** ❒ **M** ❒ **F**

Date de naissance :..... **N°SS :** .....

Adresse postale :.....

Mail :..... **Téléphone** :.....

Médecin prescripteur :..... Téléphone du Médecin :.....

Déjà venu(e) dans l'établissement : ❒ Oui ❒ Non Date du dernier séjour :.....

Médecin référent lors du dernier séjour :.....

A renseigner obligatoirement : 100% ALD ❒ **Oui : motif**..... ❒ **Non**

A compléter par le médecin prescripteur

Motif d'hospitalisation :.....

Secteur souhaité : ❒ Soins de suite ❒ Nutrition ❒ Séjour Ambulatoire (Journée HDJ)

Pathologies associée : .....

(Merci de joindre une lettre spécifiant la demande)

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

Poids :..... Taille : ..... IMC :.....

Soins d'hygiène : ❒ Autonome ❒ Aide Partielle ❒ Dépendant

Elimination : ❒ Autonome ❒ Aide Partielle ❒ Dépendant sonde urinaire Stomie :.....

Alimentation : ❒ Autonome ❒ Aide Partielle ❒ Dépendant alim entérale ❒ Alim parentérale

Respiration : ❒ Autonome ❒ Oxygénothérapie ❒ Trachéotomie ❒ App apnée sommeil (CPAP ou VNI)

Mobilisation : ❒ Autonome ❒ Aide Partielle ❒ Dépendant

❒ Béquille, canne ❒ Déambulateur ❒ 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 de localisation) :.....

Infection(s) : Site :..... Germe :.....

Projet médical : .....

Projet social (devenir – démarches en cours):.....

.....

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

Médecin prescripteur : **Dr :**.....

Mail :.....

Tel :.....

Fax :.....

Date :.....

Signature et Cachet :

Formulaire n°2 - A RENVOYER

CLINIQUE Château de Vernhes BONDIGOUX

Fiche administrative

(A compléter recto et verso)

NOM D'USAGE : …… **SEXE :** ❒ **M** ❒ **F**

NOM DE NAISSANCE:…… **PRENOM:**……

Date de naissance :…… **Lieu de naissance :**……

Situation Familiale :…… **Nationalité :**……

Personnes à charge (Noms et liens de parenté) :

……

……

Situation Professionnelle :……

Votre Adresse :……

Code Postal :…… **Ville** ……

Téléphone :…… **Portable :**……

Mail :……

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

……

Nom et Prénom de l'assuré(e): ……

Né(e) le :…… **Numéro Sécurité sociale :**……

Bénéficiaires : ❒ Assuré(e), conjoint, enfant, concubins ❒ Ascendant

Etes-vous à 100% ALD ? ❒ Oui ❒ Non

Etes-vous bénéficiaire de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire) ? ❒ Oui ❒ Non

MUTUELLE (Nom et adresse) : ……

……

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 :**……

Votre Adresse :……

Code Postal :…… **Ville :**……

Téléphone :…… **Portable :**……

Qualité : ……

Formulaire n°2 - A RENVOYER

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 nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone, mail) :

……

……

MEDECIN QUI PRESCRIT LE SEJOUR : **Nom :** …… **Prénom:**…… ……

Adresse complète :……

Téléphone :…… **Fax:**…… **Mail** :……

COORDONNEES DE VOTRE PHARMACIE : **Nom :**…… **Téléphone :**……

Code postal :…… **Ville :**……

Si vous avez déjà effectué un séjour dans notre établissement, merci de préciser la date : ……

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.
- La **signature de la personne de confiance est <u>obligatoire</u>**.
- Il est également possible de renseigner la personne de confiance sur votre DMP.

QUE SONT LES « DIRECTIVES ANTICIPEES» ?

- Les directives anticipées permettent d'exprimer, par avance, la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser des traitements ou actes médicaux, si un jour vous n'étiez plus en mesure de le faire vous-même.

- C'est un document écrit, daté et signé par lequel **vous rédigez vos volontés concernant votre fin de vie.**

QUI PEUT REDIGER LES « DIRECTIVES ANTICIPEES » ?

- Toute personne majeure qui souhaite faire connaitre ses volontés concernant sa fin de vie

CLINIQUE Château de Vernhes BONDIGOUX

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

.....

.....

❒ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

❒ **Je souhaite désigner une personne de confiance en remplissant les informations suivantes :**

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

J'ai écrit mes directives anticipées :

❒ OUI ❒ NON

La personne de confiance a un exemplaire signé de mes directives anticipées :

❒ OUI ❒ NON*

***Si la personne de confiance ne les a pas, merci de nous les transmettre le jour de l'entrée.**

❒ **Le patient n'est pas en mesure de désigner sa personne de confiance**

Fait à : ..... Le : .....

Signature : Signature de la personne de confiance (**obligatoire**) :

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 elle n'est plus apte à 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 elle n'est plus apte à s'exprimer ❒ OUI ❒ NON

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

❒ OUI ❒ NON

Fait à : ..... le : .....

Signature :

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER

AU 1er JANVIER 2020

Nouvelle règlementation 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-après. Faute de retour de ce dernier, votre dossier sera considéré comme INCOMPLET.

Nous vous remercions de votre compréhension.

Formulaire n°4 - A RENVOYER

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 :

CLINIQUE du Château de Vernhes BONDIGOUX

Autorisation d'accès aux informations de santé

Je soussigné(e), Mme / Mlle / M. (NOM, Prénom) ……

Né(e) le : …… à ……

Domicilié(e) : ……

……

Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

S'agissant de l'accès à mon dossier patient :

❒ J'accepte ❒ Je refuse

que les informations concernant ma santé soient transmises aux médecins assurant mon suivi**.**

❒ J'accepte ❒ Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises à :

❒ **à mes proches** ❒ **à mes ayants droits en cas de décès.**

ou (dans les deux cas) à certains d'entre eux (précisez Noms et coordonnées) :

……

……

……

……

ATTENTION : Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs).

❒ L'état de santé du patient ne lui permet pas de signer ce document

Fait à : …… Le : _ _ / _ _ / _ _

Signature :