

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Hospitalisation de Jour - Adolescent

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 29 40 Mail : service.hdj@cliniquevernhes.fr
Site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez 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.

Afin de vérifier l'adéquation de votre demande d'hospitalisation en regard avec la prise en charge que nous proposons dans l'établissement, nous vous remercions de **nous fournir les pièces** indiquées ci-dessous et de **compléter** les documents ci joints :

PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT :

- Formulaire N°1 : La Fiche de préadmission médicale** remplie, datée, signée et tamponnée par votre médecin prescripteur
- La copie des ordonnances** de vos traitements médicaux en cours si vous en avez (moins de 3 mois)
- Formulaire N°2 : Fiche administrative**
Nous vous remercions d'indiquer précisément les coordonnées (noms, adresses, n° de téléphone et fax) de vos responsables légaux et de vos médecins, indispensables en cas de problèmes graves liés à votre état de santé.
- La copie recto/verso de votre carte d'identité (ou passeport)**
- La copie de **l'attestation de la sécurité sociale**
- La copie Recto/Verso de votre carte mutuelle en cours de validité ou attestation CSS**
- Formulaire N°3 : Autorisation parentale de soins pour mineurs**

MERCI de retourner ce dossier de préadmission **complet** soit :

- par retour de mail depuis « Mon Espace Santé »
- par mail : service.hdj@cliniquevernhes.fr
- par courrier, à l'adresse suivante : **Service d'Hospitalisation de Jour – Clinique du Château de Vernhes Route de Villemur CS 30001 31340 BONDIGOUX**

En cas de dossier **incomplet**, votre demande ne pourra être traitée.

I. AVANT L'ADMISSION :

1. 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% du Tarif Journalier de Prestations (TNJP = 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 SMR (Soins Médicaux et de Réadaptation) Affection des Systèmes digestif, métabolique et endocrinien (DMT 526)

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 ou attestation justifiant de l'CSS (Complémentaire Santé Solidaire),
- Votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport)



DOCUMENTS MEDICAUX pour le médecin :

- Votre carnet de santé avec la courbe de corpulence
- Et si vous en avez :
 - Vos ordonnances en cours (médecin généraliste et spécialistes)
 - Les comptes rendus de vos dernières consultations médicales ou hospitalisations récentes
 - 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

TARIFS AU 01/01/2024

(Annexe financière ARS n° 2023-6768 du 28/12/2023 applicable au 01/01/2024)
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 526) HDJ DIGESTIF - OBESITE	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
T.N.J.P (Tarif Journalier des Prestations)	151,39 € / jour	30,28 € / jour
G.M.T (Groupe Médico-Tarifaire) Selon pathologies associées	Montant variable	-

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.

Fiche de préadmission médicale
Programme JEUNESSE EN HOSPITALISATION DE JOUR
A compléter obligatoirement par le patient et le médecin prescripteur du séjour

A compléter par le patient

Nom : Sexe : M F
 Prénom :
 Adresse : CP / Ville :
 Mail du jeune :
 Téléphone portable du jeune :
 Mail du parent référent :
 Téléphone portable du parent référent :

A compléter par le médecin prescripteur

Motif de la demande :
 Poids : Taille : IMC :
 Pathologies associées, complications :

 100% ALD ? Si oui, pour quel motif :
 Prises en charge antérieures pour la problématique de poids :

Etat Clinique à préciser par ailleurs :

Si difficultés d'apprentissage, précisez :
 Si autonomie réduite, précisez :
 Si trouble du comportement, précisez :
 Si allergie y compris alimentaire, précisez :

Projet social :

 Autres renseignements que vous jugez utiles :

Présence d'un traitement : Non Oui : si oui, fournir obligatoirement la copie de l'ordonnance en cours

<p><u>Médecin prescripteur :</u> Dr : Mail : Tel :</p>	<p>Date : Signature et Cachet :</p>
---	--



Fiche administrative – HDJ Adolescent

NOM DE NAISSANCE : SEXE : M F

PRENOM : Date de naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

Situation Professionnelle ou scolaire :

Votre Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable : Mail :

COORDONNEES DES PERSONNES AYANT L'AUTORITE PARENTALE (à renseigner obligatoirement)

Nom, Prénom, Lien de Parenté	Adresse	Téléphone
.....
.....
.....

MEDECIN TRAITANT : Nom : Prénom :

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

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

.....

.....

.....

Si vous prenez un traitement médicamenteux :

Coordonnées de la pharmacie : Nom : Téléphone :

Code postal : Ville :

DATE :

SIGNATURE :



Autorisation parentale de soins pour mineurs

Je soussigné (père, mère, responsable légal).....

Autorise mon enfant (nom et prénom).....

❖ A bénéficié de soins, et d'une prise en charge pluri- professionnelle au sein de la Clinique du Château de Vernhes.

Oui

Non

❖ En cas d'impossibilité pour nous joindre ou en cas de force majeure, j'autorise le médecin en charge de mon enfant ou ses délégués à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter et faire hospitaliser mon enfant dans un service d'urgence adéquat :

Oui

Non

Fait à :

Le :

Signature du responsable 1 de l'enfant, précédée de la mention « lu et approuvé »	Signature du responsable 2 de l'enfant, précédée de la mention « lu et approuvé »
--	--

Autorisation valable pour un an