

## Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour

DOSSIER A ENVOYER	Par courrier : La Menaudière - Service des admissions BP 30009 2, allée de La Menaudière 41401 MONTRICHARD CEDEX
	Par Fax 02.54.71.19.22

NOS COORDONNEES
► Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23

**Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :**

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie recto-verso de la carte de mutuelle complémentaire
- Copie recto-verso d'une pièce d'identité
- Ordonnance médicamenteuse

*Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action – Sanitaire et Sociale – Etablissement de la Menaudière, responsable de traitement, et ont pour finalités de permettre la gestion des demandes d'admission et la gestion administrative de l'admission du patient dans l'établissement. Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur le respect d'obligations légales et réglementaires. L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession : l'équipe de soins assurant votre prise en charge, les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions. Le cas échéant, pourront aussi être destinataire de vos données : certaines autorités publiques, votre médecin traitant ou spécialiste (sauf si vous vous y opposez). Le traitement de ces données est nécessaire au traitement de votre admission administrative. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution de votre admission. Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique. Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :*

- *Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical*
- *Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées*
- *Le droit à l'effacement de vos données personnelles*
- *Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données*
- *Le droit à la limitation de la collecte de vos données*
- *Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès.*

*Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé, accompagné d'un justificatif d'identité à : Etablissement de la Menaudière – 2 allée de la Menaudière – BP 30009 – 41 400 Montrichard*

*Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO— 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15.*



*Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*


VOS COORDONNEES : Etablissement demandeur ou médecin traitant : .....
Service demandeur : ..... ☎ ..... Fax : .....
Adresse : .....
Courriel ✉ : ..... @ .....

**ATTENTION :** Pour *une continuité des soins optimale*, merci de remplir cette fiche de façon **exhaustive**.  
Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit  
**Prévenir le service en cas d'abandon de la demande**

## Formulaire administratif de préadmission en hôpital de jour

### PATIENT

Nom..... Prénom.....  
Nom de jeune fille ..... Profession .....  
Date de naissance..... Age..... Situation familiale .....  
Vit seul(e) :  Oui  Non - Habitat de plain-pied :  Oui  Non - Chambre à l'étage :  Oui  Non  
Adresse.....  
.....  ..... Courriel  : .....@.....  
N° sécurité sociale : ..... Caisse sécurité sociale : .....  
Mutuelle  Oui  Non Caisse Mutuelle : .....  
Protection juridique  Non  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

Personne à prévenir - Nom et prénom .....  .....  
Adresse : .....  
Lien avec le patient : .....

### SEJOUR DEMANDE

Date d'entrée souhaitée : .....

# FORMULAIRE MEDICAL DE PREADMISSION

Nom/Prénom du patient : .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

Si intervention, date : .....

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux : .....

Objectif du séjour : .....

Pronostic : .....

Soins palliatifs  Oui  Non

Possibilités de récupération  Oui  Non

## AUTONOMIE

### Toilette

- Seul  
 Aide partielle  
 Complète

### Alimentation

- Seul  
 Avec aide  
 Anorexie  
  
 Fausse routes  
 Sonde gastrique  
 Haché/mixé

### Elimination

- Contenance urinaire  
 Oui  Non  
 Sonde urinaire  
  
Contenance fécale  
 Oui  Non  
 Stomie

### Mobilisation

- Se lève seul  
 Aide aux transferts  
 Aide totale  
 Aide matérielle  
lesquelles :  
  
 Sans appui : .....

## Etat Cutané

- Escarres

Localisation  
.....

- Ulcères

Localisation  
.....

## Infection

- Oui  Non

Localisation  
.....

## Communication

- Aphasie  
 Propos incohérents  
 Surdité  
 Malvoyance  
 Cécité

## Comportement

- Désorientation temporo spatiale  
 Agitation  
 Agressivité  
 Risque de fugue

## TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Oxygène  Oui  Non

Kiné locomotrice

Orthophonie

REGIME : .....

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

## SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : .....

nature : .....

temps : .....

Stomie  Trachéotomie

Autres :  Aspiration

Date de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action – Sanitaire et Sociale – Etablissement de la Ménaudière, responsable de traitement, et ont pour finalités de connaître les préférences du patient quant à son accord ou non de divulguer, le cas échéant, sa présence dans l'établissement. Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur l'intérêt légitime du responsable de traitement. L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession : l'équipe de soins assurant votre prise en charge et les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions. Le traitement de ces données est nécessaire à la gestion de votre prise en charge, et au respect de vos attentes en matière de confidentialité. Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :

- Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical
- Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées
- Le droit à l'effacement de vos données personnelles
- Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données
- Le droit à la limitation de la collecte de vos données
- Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé, accompagné d'un justificatif d'identité à : Etablissement de la Ménaudière – 2 allée de la Ménaudière – BP 30009 – 41 400 Montrichard. Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO— 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL

## A L'EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

ETIQUETTE PATIENT

### **Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.**

*La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.*

Je soussigné(e), NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

→  Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent     Un proche     Mon médecin traitant     Autre....

*J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.*

→  Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient



## DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

La personne à prévenir à un rôle différent de la personne de confiance.

C'est la personne qui sera informée des données non confidentielles et ponctuelles vous concernant, essentiellement liés à votre hébergement.

Il est possible que la personne à prévenir soit la même que la personne de confiance.

Il est également possible de nommer plusieurs personnes à prévenir.

→  Ne souhaite **pas** désigner de personne à prévenir

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du patient

→ Souhaite désigner comme personne à prévenir :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cette personne est :

Un parent  Un proche  Mon médecin traitant  Autre....

→ Souhaite désigner comme personne à prévenir :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cette personne est :

Un parent  Un proche  Mon médecin traitant  Autre....

*Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action – Sanitaire et Sociale – Etablissement de la Ménaudière, responsable de traitement, et ont pour finalités de connaître les préférences du patient quant à son accord ou non de divulguer, le cas échéant, sa présence dans l'établissement. Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur l'intérêt légitime du responsable de traitement. L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession : l'équipe de soins assurant votre prise en charge et les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions. Le traitement de ces données est nécessaire à la gestion de votre prise en charge, et au respect de vos attentes en matière de confidentialité. Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique. Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :*

- *Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical*
- *Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées*
- *Le droit à l'effacement de vos données personnelles*
- *Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données*
- *Le droit à la limitation de la collecte de vos données*
- *Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès.*

*Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé, accompagné d'un justificatif d'identité à : Etablissement de la Ménaudière – 2 allée de la Ménaudière – BP 30009 – 41 400 Montrichard. Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO – 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15. Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

A votre disposition : un placard individuel fermant à clé  
Merci de venir avec :

- ➔ Vos **ordonnances médicales**, vos courriers, vos radios...
- ➔ Des **vêtements** dédiés à l'activité physique
- ➔ Une paire de **chaussures de sport** (pas de chaussures ouvertes : risque de chute)
- ➔ Une **serviette** de toilette

Si concerné par la balnéothérapie :

- ➔ Une **serviette** de toilette
- ➔ Un **peignoir**
- ➔ Un **maillot de bain** (short de bain non autorisé)
- ➔ Un **bonnet de bain**
- ➔ Pour les personnes présentant des lésions cutanées type verrues plantaires, mycoses... merci d'amener des **chaussons en latex** pour la balnéothérapie
- ➔ Des **claquettes** de piscine





# HOPITAL DE JOUR

## LA MENAUDIERE



Etablissement de soins  
de suite et de réadaptation  
de la **Ménaudière**



## INTRODUCTION

Vous êtes accueilli dans l'établissement de Soins de Suite et de Réadaptation de La Menaudière.

L'équipe de direction, les médecins et l'ensemble du personnel de l'établissement vous souhaitent la bienvenue.

Ils sont à votre disposition pour faciliter votre séjour et concourir à votre guérison. Ils peuvent répondre à vos interrogations ou sollicitations diverses.

Vous entrez dans une collectivité dont le fonctionnement est décrit dans les pages suivantes. Je vous invite à le lire attentivement.

Il est complété par un questionnaire de sortie à remplir et à remettre le jour de votre départ. Grâce à vos observations et suggestions, vous pouvez nous aider à améliorer les prestations de l'établissement.

Je vous souhaite un agréable et profitable séjour.

Le Directeur,  
Jean VILLETTE

## ACCES A L'ETABLISSEMENT

En raison de la crise sanitaire, l'hôpital de jour est accessible uniquement par la porte « AMBULANCE »

Il est INTERDIT d'entrer par la porte principale. Une sonnette est à votre disposition à l'entrée pour signaler votre arrivée.



## ORGANISATION

Votre emploi du temps vous sera transmis de semaine en semaine chaque vendredi afin de vous organiser.

Vos soins pluridisciplinaires seront regroupés en demi-journée.

**En cas de douleur**, prévenez l'équipe soignante qui fera le nécessaire.



L'organisation du transport vous revient, l'infirmière peut vous transmettre un bon de transport si besoin.

Afin de limiter les croisements entre patients, merci de venir à l'heure de votre premier rendez-vous et de quitter l'établissement après le dernier soin.

En cas d'absence, vous devez prévenir l'infirmière d'hôpital de jour au moins 24 heures à l'avance.

Au bout de 2 absences non justifiées, votre séjour sera annulé.



## REGLES D'HYGIENE - COVID

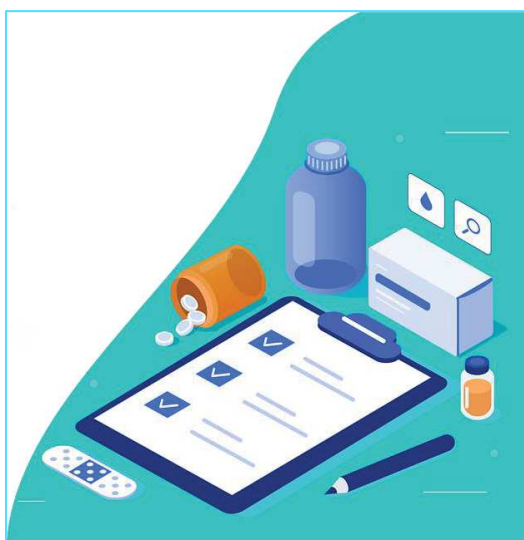


Merci de suivre les consignes données par l'infirmière d'hôpital de jour et les affichages en place.

Nous comptons sur vous.

Tout manquement aux règles d'hygiène sera un motif de fin de prise en charge.

## L'HOPITAL DE JOUR



### Pensez à apporter :

- Certificat de vaccination covid
- Masque à usage unique
- Papiers d'identité
- Carte vitale
- Carte de complémentaire
- Comptes rendus médicaux
- Ordonnances
- Nécessaire de toilette si vous comptez prendre une douche
- Si balnéothérapie : peignoir + claquette de piscine + maillot de bain + bonnet de bain



L'hôpital de jour est équipé de vestiaires. Si vous souhaitez y déposer des affaires, pensez à amener un cadenas pour pouvoir le fermer.

## QUALITE – DROITS DES PATIENTS – ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Dans un souci permanent d'amélioration de la qualité de nos prestations et afin de répondre au mieux à vos attentes, nous vous invitons à répondre au questionnaire de satisfaction en papier ou bien via le mail que vous recevrez à la fin de votre séjour, et à le remettre lors de votre départ.





## Une Commission Des Usagers

est en place au sein de l'établissement de soins de suite et de réadaptation de La Menaudière. Cette commission veille au respect des droits de la personne hospitalisée et facilite vos démarches dans ce domaine.

La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches :

- elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions.
- elle procède à une appréciation des pratiques fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes et réclamations, des témoignages de satisfaction ainsi que les suites qui leur ont été données.
- elle recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée en ce qui concerne les droits des patients et la qualité de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre.
- elle formule des recommandations notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer la prise en charge des patients et de leurs proches et à assurer le respect de leurs droits.

Le rapport annuel de la CDU est transmis à l'Agence Régionale de Santé du Centre et au Conseil Régional de Santé.

**Si vous souhaitez l'accès à votre dossier médical,** merci d'en faire la demande à l'infirmière.

### POUR NOUS CONTACTER

**Secrétariat médical :**

Tél. : 02.54.71.19.20

[hdjmenaudiere@mgen.fr](mailto:hdjmenaudiere@mgen.fr)

