

DOSSIER D'ADMISSION



Etablissement SMR MGEN Pierre – Chevalier

17 boulevard CHATEAUBRIAND

B.P. 20122

83407 HYERES Cedex

☎ 04 94 12 66 66

☎ Admissions : Taper 1

selon les horaires suivants du lundi au vendredi :
de 9h à 12h

✉ Mail Admissions : ETA501-Admissions@mgen.fr

Fax médical : 04 94 12 66 68

Etablissement privé - mixte sans limite d'âge à partir de 18 ans –
participant au Service Public Hospitalier (ouvert à tous les assurés sociaux)

Directeur : Philippe LOVATO

◆ NOS AGREMENTS

HOSPITALISATION COMPLETE et HOSPITALISATION DE JOUR

- ⇒ Soins de suite médico-chirurgicaux :
 - ▶ 70 lits de soins de suite en hospitalisation complète
- ⇒ Rééducation et réadaptation fonctionnelle : orthopédie, traumatologie et neurologie :
 - ▶ 100 lits en hospitalisation complète
 - ▶ 15 places en hospitalisation de jour

◆ VOTRE ADMISSION

○ **Transfert hospitalier :**

Si vous êtes déjà hospitalisé dans un Etablissement hospitalier – court séjour, voire moyen ou long séjour – votre admission dans l'établissement SMR MGEN Pierre – Chevalier est envisageable par transfert direct – **sans retour à domicile** – après entente entre les deux structures hospitalières au vu de votre dossier médical.

○ **Entente préalable :**

Si vous êtes au domicile et que votre état de santé justifie une hospitalisation dans l'Etablissement SMR MGEN Pierre – Chevalier, votre dossier d'admission doit comprendre :

- ✓ La demande d'admission,
- ✓ La fiche médicale établie par le médecin traitant (imprimé joint),
- ✓ La photocopie de l'attestation qui accompagne la carte vitale.

◆ DOCUMENTS A REMETTRE A L'HOTESSE D'ACCUEIL A VOTRE ARRIVEE

- ATTESTATION de la CARTE VITALE ou CARTE VITALE
- CARTE MUTUELLE ou CAISSE COMPLEMENTAIRE
- BULLETIN D'HOSPITALISATION
- PIECE D'IDENTITE

◆ INFORMATIONS PRATIQUES



- ↪ **Linge de maison non fourni**
Machine à laver + sèche-linge à disposition pour l'entretien du linge personnel (service payant) ou structure extérieure payante.
Trousseau recommandé : tenue pratique et adaptée à l'activité physique (short, survêtement, ...) – maillot de bain et bonnet de bain (balnéothérapie)
- ↪ **Accompagnants** : possibilité de restauration avec repas (tarif à l'accueil)
- ↪ **Visites** autorisées de 14H – 21H (sauf heures des repas et des soins)
- ↪ **TV et Wifi** dans chaque chambre (services payants)
Télévision commune en accès libre
- ↪ **Pas de distributeur d'argent** dans l'établissement, ni de monnayeur
Abstenez-vous d'apporter tout objet de valeur ou toute somme d'argent importante.

◆ FRAIS A VOTRE CHARGE

- ⇒ **Chambre particulière** de 48€ à 50€ / jour selon votre mutuelle (acompte à régler à votre arrivée dans l'Etablissement)
- ⇒ **Forfait journalier** selon tarification réglementaire sauf exonération (paiement en fin de séjour)
- ⇒ **Ticket modérateur** éventuel (voir avec Mutuelle ou Caisse complémentaire)
- ⇒ **Raccordement télévision** (si demandé)

☒ **LES ADMISSIONS sont programmées
du LUNDI au VENDREDI inclus
de 9H à 17H**



Etablissement de soins médicaux et de réadaptation Pierre-Chevalier

BP 20122 – 83407 HYERES Cedex

Téléphone : 04 94 12 66 66

Téléphone admissions : Taper 1

Télécopie médicale : 04 94 12 66 68

Cocher la case concernée

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

(à remplir par le Médecin ou le Chirurgien)

HOSPITALISATION COMPLETE

SOINS DE SUITE (convalescence)

REEDUCATION

HOSPITALISATION DE JOUR

REEDUCATION

concernant :

NOM et PRENOMS	
DATE DE NAISSANCE	AGE
PROFESSION	
NUMERO SECURITE SOCIALE	
DATE D'ADMISSION SOUHAITEE	

Le centre de soins médicaux et de réadaptation MGEN Pierre- Chevalier comprend trois sections distinctes (mixtes, à partir de 18 ans, et sans limite d'âge) :

❶ SOINS DE SUITES d'affections aiguës → HOSPITALISATION COMPLETE

- Maladies chroniques à potentiel évolutif,
- Soins de suite médico-chirurgicaux,
- Affections récentes, médicales ou chirurgicales.

❷ REEDUCATION – READAPTATION FONCTIONNELLE MOTRICE

→ HOSPITALISATION COMPLETE

- Orthopédie,
- Traumatologie,
- Rhumatologie,
- Affections neurologiques (à l'exception des affections psychiatriques).

❸ REEDUCATION – READAPTATION FONCTIONNELLE MOTRICE

(patients domiciliés à proximité du Centre) → HOSPITALISATION DE JOUR

- Orthopédie,
- Traumatologie,
- Rhumatologie,
- Affections neurologiques (à l'exception des affections psychiatriques).

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Je soussigné, Docteur _____

prescrit la prise en charge de M _____

☞ Bien préciser la section médicale souhaitée en première page

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Diagnostic : _____

Antécédents : _____

Date de début et histoire de la maladie : _____

Si existence de Directives anticipées, merci de nous les joindre au dossier.

Traitements effectués :

▪ **Chirurgical :**

- nature de l'intervention : _____

- date : _____ K opératoire : _____

▪ **Médical :** _____

Pathologies associées : _____

Evolution : _____

ELEMENTS MOTIVANT LE SEJOUR :

OBJECTIFS :

Devenir à l'issue du séjour :

Retour au domicile Autre structure Autre : _____

CONFIDENTIELS

ETAT CLINIQUE ACTUEL

MOTRICITE :

- Autonome
Avec aide
Nulle
- Un fauteuil roulant
Un déambulateur
Des cannes anglaises

CONTROLES SPHINCTERIENS :

- | | ANAL | URINAIRE |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 – Continent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Incontinence occasionnelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Incontinence totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Sonde à demeure oui non
Auto-sondage oui non
Colostomie oui non

ACTIVITES PERSONNELLES :

- | | TOILETTE | HABILLAGE | ALIMENTATION |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 – Autonome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 – Aide partielle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 – Aide totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ETAT NEURO-PSYCHIQUE ET SENSORIEL :

- Normal
Détérioration intellectuelle
Désorientation temporo-spatiale
Fugues
Agitation
Opposition, agressivité
Dépression

Commentaires : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

ORGANE DES SENS :

	AUDITION	VUE
1 – Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Handicap moyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Cécité ou surdité complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOCIABILITE :

Neue spontanément des contacts	<input type="checkbox"/>
Neue des contacts sur incitation	<input type="checkbox"/>
Difficultés pour nouer des contacts	<input type="checkbox"/>
Incapable de tout contact	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS

TRAITEMENTS : _____

REGIMES : _____

POIDS : _____

TAILLE :

SOINS LOCAUX : cicatrices escarres

<u>REEDUCATION :</u>	oui	non	contre-indiquée
Kinésithérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Balnéothérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthophonie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SURVEILLANCE SOUHAITEE :	oui	non
Clinique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biologique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electrocardiogramme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LE PATIENT DOIT-IL ETRE REVU EN CONSULTATION : oui non

Je certifie que le malade d esign e ci-dessus ne présente ni affection contagieuse, ni affection psychiatrique, ni comportement incompatible avec la vie en collectivité.

Nota : l'établissement ne reçoit pas les personnes non encore appareillées (orthèses ou prothèses) et ne réalise pas les investigations coûteuses prescrites par les praticiens extérieurs.

Date, signature et CACHET DU MEDECIN

ENGAGEMENT CHAMBRE PARTICULIÈRE

Vous avez la possibilité d'être en chambre individuelle pour plus de confort et d'intimité lors de votre séjour.

Le bénéfice d'une chambre individuelle est facturé :

- 48* euros par jour pour les mutualistes MGEN/FNMF

- 50* euros par jour pour les autres usagers

* Tarifs révisables en cours d'année

Nous vous invitons à prendre contact avec votre mutuelle afin de connaître les modalités de prise en charge de la chambre particulière par cette dernière. N'oubliez pas de préciser que votre hospitalisation interviendra dans un établissement de soins médicaux et de réadaptation. Nous vous remercions de bien vouloir remplir l'engagement ci-dessous et le retourner rapidement à l'accueil.

- Je demande l'obtention d'une chambre individuelle pour toute la durée de mon hospitalisation.
- Je demande l'obtention d'une chambre individuelle uniquement pendant la durée de la prise en charge par ma mutuelle (avec un éventuel reste à charge si votre prise en charge ne couvre pas la totalité des frais de chambre individuelle).

Je m'engage à régler les frais, déduction faite de la participation éventuelle de ma mutuelle.

Au cas où ma mutuelle ne prend pas en charge tout ou partie de ce supplément, une avance d'une valeur correspondant à 21 jours d'hospitalisation me sera réclamée à l'entrée, et renouvelable.

Si votre mutuelle refuse la prise en charge, le séjour en chambre individuelle vous sera facturé depuis votre date d'entrée.

Le guichet comptable reste à votre disposition à l'accueil du lundi au vendredi de 8h40 à 9h40

Je soussigné(e),

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de

(Lien de parenté)

Déclare avoir pris connaissance du présent document.

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Contre signature du patient s'il n'est pas le signataire initial :