

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 :

Noe spontanément des contacts	<input type="checkbox"/>
Noe 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 ☐

REEDUCATION :	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 désigné 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

DEMANDE D'ADMISSION

Centre SMR MGEN Pierre - Chevalier
17 Bd CHATEAUBRIAND
B.P. 20122 – 83407 HYERES Cedex
Tél : 04 94 12 66 66

SECRETARIAT

DES ADMISSIONS :

Tél : Taper 1 de 9h à 12h

Fax : 04 94 12 66 68

ETA501-Admissions@mgen.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

À nous retourner impérativement avec la fiche médicale

N° INSEE : | | | | | | | | | | | | | | | |

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : NATIONALITE :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : A : SIT. DE FAMIL. : M C D V

ADRESSE :

..... N° TELEPHONE :

MAIL :

PROFESSION : EMPLOYEUR :

ADRESSE :

PROFESSION DE L'ASSURE :

ADRESSE DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE :

ADRESSE DE LA MUTUELLE :

TUTELLE OU CURATELLE : OUI ☐ NON ☐

SI OUI : NOM ET ADRESSE DU TUTEUR :

N° DE TEL :

NOM DU MEDECIN GENERALISTE : N° TELEPHONE :

ADRESSE :

ADRESSE DE LA CLINIQUE OU L'HOPITAL OU VOUS SEREZ OPERE :

..... N° TELEPHONE :

NOM DU CHIRURGIEN :

EN CAS D'URGENCE, PERSONNE A PREVENIR : NOM ET PRENOM :

LIEN DE PARENTE : ADRESSE :

..... TELEPHONE :

OBSERVATIONS :

Je m'engage sur l'honneur à respecter le règlement intérieur de l'Etablissement et à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, l'Aide Sociale, les Mutuelles ou Assurances Privées (ticket modérateur, forfait journalier, chambre particulière, téléphone et frais divers).

Date :

Signature :

RESERVE A L'ETABLISSEMENT

Date d'entrée : Date de sortie : Chambre N° :

NOM et Prénom du patient :

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.

1. ☐ Je demande l'obtention d'une chambre individuelle pour toute la durée de mon hospitalisation.
2. ☐ 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 Mme ou M. (nom + prénom du patient)


(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 :

 <small>ESSR MGEN</small> <small>Pierre-Chevalier</small>	<i>Codification</i>	<i>Instance</i>	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE - DIRECTIVES ANTICIPEES	<i>Version 7</i>
	DROI/003A/EN	CDU		<i>DMJ 01/23</i>
				<i>Page 9/ 10</i>

PATIENT :

NOM NOM de naissance
 Prénom Chambre n° ou ☐ Hôpital de jour
 Date de naissance : Lieu de naissance :

PERSONNE DE CONFIANCE :

Le patient :

☐ **Est hors d'état de recevoir les informations et/ou de désigner une personne de confiance.**

☐ **Ne souhaite pas désigner de personne de confiance.**

☐ **Désigne comme personne de confiance :**

M. Mme (*nom – prénom*)

Lien avec le patient :

Adresse

..... Tél.

J'ai bien noté :

- ⇒ Que cette personne de confiance **pourra être consultée par l'équipe hospitalière** au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour les faire. Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de la joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation.
- ⇒ Qu'à ma demande, elle **m'accompagnera dans mes démarches** et pourra **assister aux entretiens médicaux** afin de m'aider dans mes décisions.
- ⇒ Que **les informations que je juge confidentielles** et que j'aurais **indiquées au médecin** ne seront pas communiquées à cette personne de confiance.
- ⇒ **Qu'il me revient de l'informer de cette désignation** et de **m'assurer de son accord.**

Cette désignation est **valable pour la durée de mon hospitalisation**, sauf si je souhaite en disposer autrement (raccourcir ou prolonger la désignation). Cette décision est **révocable à tout moment**, y compris pendant cette hospitalisation. Je m'engage alors à **en informer par écrit l'établissement**.

Fait dans l'étab. SSR Pierre-Chevalier,
 le / /
 Signature :

Signature de la personne
 de confiance :

* Cette personne peut être différente de la personne à prévenir en cas d'urgence (précisée dans le formulaire administratif d'admission).

DIRECTIVES ANTICIPEES :

Avez-vous rédigé des directives anticipées (voir verso) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, comment pourrait-on les consulter si la situation le nécessitait ?


☐ **Un exemplaire de vos directives anticipées nous a été remis.**

☐ **Un exemplaire est en possession de votre personne de confiance.**

☐ **Un exemplaire est présent dans votre dossier médical partagé.**

☐ **Autre :**

Si vous souhaitez vous renseigner ou une aide pour les rédiger, vous pouvez vous adresser à votre médecin.

 ESSR MGEN Pierre-Chevalier	Codification	Instance	DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE - DIRECTIVES ANTICIPEES	Version 7
	DROI/003A/EN	CDU		DMJ 01/23
				Page 10/ 10

LA DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

(Loi du 4 mars 2002, articles L.1111-4 al.4 / L.1111-6 / L.1111-13 / L.1110-4 / L.1122-1 / R.4127-37 CSP)

Hospitalisé(e) au sein de notre établissement, vous souhaitez être accompagné(e) dans vos démarches. La Loi du 4 mars 2002 vous permet de désigner une **personne de confiance**. Cette personne, un parent, un proche, ou votre médecin traitant, est librement désignée par vous-même.

Cette personne a deux missions :

☞ Une **mission d'assistance** dans vos démarches et entretiens médicaux.

À ce titre, la personne de confiance, peut notamment recevoir, avec votre accord, l'information médicale relative à votre prise en charge, et peut également assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions. Toutefois, la personne de confiance ne peut en aucun cas accéder hors votre présence et sans votre accord exprès à votre dossier médical ; mais si vous en faites la demande, elle peut vous accompagner lors de l'accès à ces informations.

☞ Une **mission de « porte-parole »** de la volonté du patient.

La personne de confiance sera consultée par le médecin si l'évolution de votre état de santé ne vous permet plus d'exprimer vous-même votre volonté et de recevoir l'information médicale. La personne de confiance sera consultée préalablement à la prise de décision médicale. De la même façon, la personne de confiance sera amenée à témoigner de votre volonté dans le cadre des procédures d'arrêt des traitements pour les patients en fin de vie, son avis prévaudra sur tout autre témoignage.

La personne de confiance doit cosigner ce formulaire.

> PERSONNE DE CONFIANCE ET PERSONNE À PRÉVENIR

En entrant dans l'établissement, il vous est demandé de mentionner une personne à prévenir, laquelle peut être la même que la personne de confiance. Ceci étant, la personne de confiance contrairement à la personne à prévenir, a vocation à vous soutenir et à demeurer à vos côtés toutes les fois que vous en exprimerez la volonté.

NB : la désignation d'une personne de confiance n'est pas possible par une personne faisant l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne sans autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

(Loi du 22 avril 2005 – Loi du 2 février 2016 relatives aux droits des malades)

Toute personne majeure peut rédiger des "directives anticipées". Une personne sous tutelle peut les rédiger avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

Il s'agit de vos volontés, exprimées par écrit et datées, sur les traitements ou les actes médicaux que vous souhaitez ou non, pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité de vous exprimer, notamment en fin de vie. Elles permettent de connaître vos souhaits concernant la possibilité de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser les traitements ou les actes médicaux en cours.

Elles sont valables sans limite de temps et peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation ou lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.