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

L'établissement dispose d'autorisations dans 4 spécialités :

❶ **SMR Locomoteur** : hospitalisation complète et hospitalisation de jour

❷ **SMR Rééducation neurologique :** hospitalisation complète et hospitalisation de jour

❸ **SMR Polyvalent :** hospitalisation complète dont lits identifiés soins palliatifs et hospitalisation de jour

❹ **SMR Oncologie :** hospitalisation complète dont lits identifiés soins palliatifs et hospitalisation de jour

◆ VOTRE ADMISSION

- ***Transfert hospitalier :***

Si vous êtes déjà hospitalisé dans un Etablissement hospitalier, votre admission dans l'établissement 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, veuillez nous transmettre ce document rempli par votre médecin traitant.

◆ 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 le cas échéant**
- **CARTE D'IDENTITE, PASSEPORT OU CARTE DE SEJOUR**

◆ INFORMATIONS PRATIQUES POUR VOTRE SEJOUR





↳ **Linge de maison non fourni**
Trousseau recommandé : tenue pratique et adaptée à l'activité physique (short, survêtement, baskets, …), maillot de bain et bonnet de bain (balnéothérapie), nécessaire de toilette dont serviettes et gants de toilette, chargeur, lunettes, …
Machine à laver + sèche-linge à disposition pour l'entretien du linge personnel (service payant) ou structure extérieure payante.

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.
Vous pouvez amener un cadenas pour fermer votre armoire.

Le **livret d'accueil** est disponible sur notre site Internet et comporte diverses informations pour votre séjour : règles de fonctionnement, soins prodigues, ainsi que les professionnels de santé qui interviendront. Les informations concernent également vos droits et devoirs, horaires de visite, les conditions de sortie, etc.

◆ 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)

⌦ 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 POLYVALENT ❑
- SOINS DE SUITE ONCOLOGIE ❑
- REEDUCATION NEUROLOGIQUE ❑
- REEDUCATION LOCOMOTEUR ❑

HOSPITALISATION DE JOUR

- SOINS DE SUITE POLYVALENT ❑
- REEDUCATION NEUROLOGIQUE ❑
- REEDUCATION LOCOMOTEUR ❑

SOINS DE SUITE ONCOLOGIE : VOIR DOSSIER DEDIE SUR LE SITE INTERNET

concernant :

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

Ce document confidentiel est réservé à l'autorité du Médecin de l'Etablissement Pierre- Chevalier

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 : _____

ETAT CLINIQUE ACTUEL

MOTRICITE :

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

Nulle ❑

CONTROLES SPHINCTERIENS :

	ANAL	URINAIRE
1 – Continent	❑	❑
2 – Incontinence occasionnelle	❑	❑
3 – Incontinence totale	❑	❑

Sonde à demeure	oui ❑	non ❑
Auto-sondage	oui ❑	non ❑
Colostomie	oui ❑	non ❑

ACTIVITES PERSONNELLES :

	TOILETTE	HABILLAGE	ALIMENTATION
1 – Autonome	❑	❑	❑
2 – Aide partielle	❑	❑	❑
3 – Aide totale	❑	❑	❑

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	❑	❑
2 – Handicap moyen	❑	❑
3 – Cécité ou surdité complète	❑	❑

SOCIABILITE :

Noue spontanément des contacts	❑
Noue des contacts sur incitation	❑
Difficultés pour nouer des contacts	❑
Incapable de tout contact	❑

TRAITEMENTS

TRAITEMENTS : _____

_____

_____

REGIMES : _____

_____

POIDS : _____ **TAILLE :** _____

SOINS LOCAUX : cicatrices ❑ escarres ❑

REEDUCATION :	oui	non	contre-indiquée
Kinésithérapie :	❑	❑	
Balnéothérapie :	❑	❑	❑
Ergothérapie :	❑	❑	
Orthophonie :	❑	❑	

SURVEILLANCE SOUHAITEE :	oui	non
Clinique :	❑	❑
Biologique :	❑	❑
Radiologique :	❑	❑
Electrocardiogramme :	❑	❑
Autre :	❑	❑

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 : .....

Acceptez-vous que nous transmettions votre courrier de sortie sur votre Espace Santé (DMP) ? : OUI ❑ NON ❑

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° :
.....	.....	.....

ADM 029

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 :

PATIENT :

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

PERSONNE DE CONFIANCE :



A retourner à l'accueil dans les plus brefs délais

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 ?

☐ **Vous nous avez remis un exemplaire de vos directives anticipées.**

☐ **Votre personne de confiance est en possession d'un exemplaire de vos directives anticipées.**

☐ **Un exemplaire de vos directives anticipées 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.

☞ ***Document à remettre au médecin lors de la visite médicale ou à l'infirmier***

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.