

# DOSSIER D'ADMISSION



## Etablissement SSR 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](mailto: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 SSR 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 SSR 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 à 14€
- ↪ **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 de suite 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

PROFESSION

NUMERO  
SECURITE SOCIALE

**Le centre de soins de suite et de réadaptation Pierre – Chevalier** - Œuvre Sociale de la **M.G.E.N.** – comprend trois sections distinctes (mixtes, à partir de 18 ans, 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 \_\_\_\_\_

Prescris le placement 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 :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

Un fauteuil roulant

Un déambulateur

Des cannes anglaises

Nulle

### 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 :

Noue spontanément des contacts	<input type="checkbox"/>
Noue 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 SSR 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

## 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 : .....

PROFESSION : ..... EMPLOYEUR : .....  
ADRESSE : .....  
PROFESSION DE L'ASSURE : .....

ADRESSE DE LA CAISSE DE SECURITE SOCIALE : .....  
APPARTENEZ-VOUS A LA MGEN ? OUI  NON   
SI AUTRE MUTUELLE, LAQUELLE ? .....

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 : .....  
.....

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :  
.....

*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° :
.....	.....	.....



## TARIFICATION CHAMBRE PARTICULIERE

L'établissement MGEN « Pierre-Chevalier » met à votre disposition une chambre individuelle. Par décision de son Conseil d'Administration, cette prestation fait l'objet d'une tarification particulière destinée à améliorer les prestations hôtelières fournies.

Je soussigné (e),

Nom : ..... Prénom : .....

accepte l'hébergement en chambre particulière et m'engage par la présente à régler le tarif journalier de 50€.

Ce tarif pourra être pris en charge partiellement ou totalement en fonction de votre complémentaire santé.

Vu et pris connaissance à Hyères,  
Le ..... / ..... / .....

Signature



## TARIFICATION CHAMBRE PARTICULIERE

### A CONSERVER

L'établissement va faire une demande prise en charge auprès de votre complémentaire santé cependant, le délai de réponse est très variable selon l'organisme, aussi en cas de doute sur vos garanties, nous vous conseillons de vous renseigner dès l'entrée dans notre établissement.

Si votre complémentaire ne prend pas en charge le montant de la chambre particulière et si votre situation sociale ne permet pas le règlement des frais afférents, vous pouvez en demander à en être exonéré(e) partiellement ou totalement. En ce cas, vous vous engagez à fournir au service comptable de « Pierre-Chevalier » les éléments permettant l'analyse de votre situation.

Pour information, le guichet comptable est ouvert du lundi au vendredi de 8h40 à 9h40.