



Etablissement de Soins de Suite et Réadaptation d'Evian, Site Camille Blanc – Groupe MGEN
59 bis, Boulevard Jean Jaurès 74500 EVIAN

Admissions : Tél. 04 57 26 36 94
Fax 04 57 26 36 41

HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL : CONDITIONS D'ADMISSION

Les dossiers doivent être adressés au service des admissions

Deux modes d'admission possibles:

- par transfert d'un établissement d'hospitalisation.
Le service d'origine doit prendre contact directement avec notre service des admissions
Tél : 04 57 26 36 94 Télécopie : 04 57 26 36 41
- par admission directe du domicile sur dossier d'admission.

1. PIÈCES MEDICO-ADMINISTRATIVES À FOURNIR

Un exemplaire de la fiche administrative complétée par vos soins,

- Un exemplaire de la fiche médicale remplie avec précision par le médecin traitant,
- Une photocopie de la carte d'adhérent à une mutuelle,
- Le cas échéant, prise en charge complémentaire délivrée par votre mutuelle,

2. CONVOCATION

La convocation est adressée après examen du dossier complet. Elle pourra être téléphonique. En aucun cas, vous ne devez vous mettre en route avant d'avoir reçu notre convocation.

3. DOCUMENTS MÉDICAUX

Vous devez vous munir de tous les documents médicaux en votre possession : radios, résultats d'examens, certificats médicaux,...

4. TROUSSEAU

Tenue de sport confortable (type jogging), chaussures adaptées, maillot de bain + bonnet de bain pour la balnéothérapie et peignoir.

5. RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

L'admission au sein de l'hôpital à temps partiel implique une organisation adaptée, certaines règles de vie et en particulier le respect des horaires et du règlement intérieur.

6. CONTRE-INDICATIONS

- Alcoolisme, toxicomanies,
- Affections psychiatriques relevant d'un suivi spécialisé,
- Affections contagieuses.



HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL : FICHE ADMINISTRATIVE

N° Sécurité Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date et lieu de naissance : Le A

Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf (ve) Concubin Pacs Tutelle Curatelle

Coordonnées du tuteur ou curateur :

Adresse :

Téléphone : Fixe Mobile

E-mail :@.....

Profession : Employeur :

Adresse :

Appartenez-vous à la MGEN ou à une autre mutuelle : MGEN MGEN filia Autre

Si "autre" laquelle? N° Adhérent :

Adresse :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Tél :

En cas de nécessité, nom de la personne à prévenir :

Adresse :

Téléphone : Fixe Mobile

E-mail :@.....

Observations :

Date d'admission souhaitée:

Date: Signature

Je m'engage sur l'honneur à respecter le règlement intérieur de l'établissement et à régler tous les frais de séjour non pris en charge par l'Assurance Maladie, la CMU, les Mutuelles ou Assurances privées (ticket modérateur, frais divers).



Etablissement de Soins de Suite et Réadaptation d'Evian, Site Camille Blanc – Groupe MGEN
59 bis, Boulevard Jean Jaurès 74500 EVIAN

Admissions : Tél. 04 57 26 36 94
Fax 04 57 26 36 41

DEMANDE D'ADMISSION EN HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL

Ce document doit être rempli par le médecin demandant l'admission et être adressé sous pli cacheté confidentiel au service médical de l'établissement.

Nom et Prénoms :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : _ / _ / _ _ _ _ N° Sécurité sociale : _ _ _ _ _ / _ _

Domicile :

.....

Profession :

Téléphone fixe : Mobile :

Mail@.....

HOSPITALISATIONS ANTERIEURES (établissements, dates, motifs)

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS PERSONNELS

.....
.....
.....
.....

HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE QUI MOTIVE LA DEMANDE D'ADMISSION

En cas d'intervention(s) chirurgicale(s), en préciser la date et la nature et, dans la mesure du possible, joindre le(s) compte(s)-rendu(s) opératoire(s).

.....
.....
.....
.....

ETAT ACTUEL DU MALADE

.....
.....
.....
.....

Poids :

Taille :

TRAITEMENT EN COURS

.....
.....
.....

SURVEILLANCE PARTICULIERE

Clinique :

Biologique :

PROJET THERAPEUTIQUE ENVISAGE DANS L'ETABLISSEMENT

.....
.....
.....

CADRE DE VIE

Habitation : Maison : Appartement : Etage :

Accessibilité :

AUTONOMIE

Marche : OUI NON Déambulateur 2 CB 1 CB Rien

Fauteuil roulant : OUI NON

Délai éventuel avant reprise appui :

Toilette : Seul Avec aide Totale Partielle

Habillage : Seul Avec aide Totale Partielle

Alimentation : Seul Avec aide Totale Partielle

Port d'appareillage : OUI NON Temporaire Définitif

Préciser :

CONTRE INDICATIONS :

- Troubles sphinctériens
- Escarres
- Oxygénothérapie
- Troubles psychiques
- Désorientation, confusion, agitation

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE __ / __ / __ __

DUREE DE PRISE EN CHARGE

A, LE __ / __ / __ __

Signature et cachet du médecin