

DOSSIER D'ADMISSION



GRUPE vyv

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 9 h à 12 h

✉ 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 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**
- **CARTE 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 bains et bonnet de bain (kiné/balnéothérapie)
- ↪ - **Accompagnants thérapeutiques** possibilité de restauration : repas 15€
- ↪ - **Visites** : autorisations de 10H30 – 21H30 (sauf heures des repas)
- ↪ - **TV et téléphone** dans chaque chambre (services payants)
- **Salon TV** 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 23€ à 47€ / 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 ligne téléphonique et télévision** (si demandé)

⊗ **LES ADMISSIONS sont programmées
du LUNDI au VENDREDI inclus
de 9 H 00 à 17 H 00**



**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 ↗

<p>DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION (à remplir par le Médecin ou le Chirurgien)</p>

<p><u>HOSPITALISATION COMPLETE</u></p> <p>SOINS DE SUITE (convalescence) <input type="checkbox"/></p> <p>REEDUCATION <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>HOSPITALISATION DE JOUR</u></p> <p>REEDUCATION <input type="checkbox"/></p>
--

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 _____

Prescrit 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

<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 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



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 47€.

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.