Etablissement SMR 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

CONDITIONS D'ADMISSION ET FICHE ADMINISTRATIVE PATIENT EN HOSPITALISATION COMPLÈTE

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION

Agréé au titre de l'annexe XIX – Décret du 09.03.1956

Capacité d'accueil maximale : 180 lits d'hospitalisation et 20 places de jour en rééducation

Les dossiers doivent être adressés au service des préadmissions

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.
- Nos admissions sont toutes programmées. Il n'y a pas de service d'accueil d'urgences.

1. INDICATIONS

- **Soins de suite polyvalents**
  - convalescence d'affections récentes, médicales ou chirurgicales ; soins palliatifs
- **Soins de suite nutritionnels**
  - obésité massive ; diabète en échec de prise en charge ambulatoire
- **Soins de suite gériatriques**
  - affections de la personne âgée polypathologique
- **Rééducation fonctionnelle spécialisée**
  - **Affections de l'appareil locomoteur** : traumatologie, orthopédie, rhumatologie *(lombalgie chronique, polyarthrite rhumatoïde, …)* appareillage des patients amputés
  - **Neurologie :** affections du système nerveux central (AVC-accidents vasculaires cérébraux, *traumatisme crânien, SEP-sclérose en plaque, tumeurs opérées et stables, …)* affections du système nerveux périphérique *(polyradiculonévrites, certaines neuropathies)* affections médullaires *(paraplégie, tétraplégie)*

2. CONTRE-INDICATIONS

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

3. PIÈCES MEDICO-ADMINISTRATIVES À FOURNIR

Un exemplaire de la fiche administrative complétée par vos soins,

- Un exemplaire de la fiche médicale **remplie avec précision et lisiblement par le médecin traitant**,
- Une photocopie de la carte d'adhérent à une mutuelle,
- L'imprimé ci-joint « Engagement de payer chambre particulière » dûment rempli et signé,
- L'imprimé ci-joint « Formulaire de désignation d'une personne de confiance »
- En cas de protection juridique, la photocopie de l'ordonnance du tribunal.

Concernant le ticket modérateur, le forfait journalier, la participation forfaitaire la chambre particulière non pris en charge par la mutuelle et donc restant à la charge du patient, une avance d'une valeur correspondant à 10 jours d'hospitalisation sera demandée à l'admission. Nous vous invitons à contacter votre mutuelle pour connaître vos garanties d'hospitalisation.

4. CONVOCATION

Pour les patients en provenance de leur domicile, la convocation leur sera 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.

5. DOCUMENTS MÉDICAUX

Vous devez vous munir de tous les documents médicaux en votre possession : radios, ordonnances, résultats d'examens, carnet de surveillance diabétique et AVK, certificats médicaux, justificatif de votre ALD, etc. ...

Médicaments personnels : veuillez vous munir du traitement en cours pour 48 heures avec copie de la dernière ordonnance en votre possession.

6. PRÉPARATION DE VOTRE SÉJOUR

Selon votre pathologie, votre médecin vous prescrira des activités physiques adaptées (marche, balnéothérapie) et/ou des rencontres régulières avec certains professionnels (diététiciennes).

Ces activités sont absolument nécessaires au bon déroulement de votre prise en charge. Pour leur bon déroulement, pensez à vous munir :

- de chaussures de sport, tee-shirt, survêtement ou short, chaussettes, veste de sport ou polaire, vêtements chauds pour marche nordique en période hivernale et bonnet ou chapeau,
- d'un maillot ou slip de bain (short et caleçon exclus), un bonnet de bain, un peignoir et draps de bain, des chaussures de piscine pour la fréquentation de la piscine,
- d'un cardio-fréquencemètre et bâtons de marche. A défaut, l'établissement vous en mettra à disposition.

Le linge de toilette n'est pas fourni par l'établissement (gants, serviettes, savon…).

7. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRANSPORT

Sur prescription médicale, un bon de transport vous sera remis à la sortie permettant un remboursement – partiel ou total selon le cas – des frais engagés lors du trajet retour.

Concernant le trajet aller, les formalités médico-administratives sont à effectuer par le médecin prescripteur du séjour.

8. RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

- L'établissement décline toute responsabilité en cas de vol d'objets ou moyens de paiement non remis au coffre à l'admission.
- L'admission dans l'établissement, centre de soins de suite et de réadaptation, implique une organisation adaptée, certaines règles de vie et en particulier le respect des horaires et du règlement intérieur.
- **Services payants** :
  - Chambre particulière
  - Forfait télévision/téléphone/accès Internet
  - Hébergement des familles : possibilités restreintes (2 studios dans l'établissement).
  - Des repas « accompagnants » sont possibles après inscription auprès du service Accueil.

9. MOYENS D'ACCÈS

- Par la route : Autoroute A41 sortie n° 18 Thonon/Evian/Boëge,
  Autoroute A40, sortie n°14 Annemasse, direction Thonon/Evian.
- Par le train : gare d'Evian-les-Bains.

HOSPITALISATION COMPLETE : 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 ? .....

Adresse : .....

.....

Avez-vous déjà séjourné dans un établissement MGEN ? OUI ❑ NON ❑

Année ..... Etablissement .....

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 SMR d'Evian,
Site Camille Blanc – Groupe MGEN

A REMPLIR PAR LE PATIENT

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS NUTRITIONNELS – SEJOUR DE 4 SEMAINES

Dossier à envoyer par fax ou courrier au service de préadmission

- → Téléphone : 04 57 26 36 94
- → Fax : 04 57 26 36 41
- → Adresse : Etablissement de soins médicaux et de réadaptation d'Evian - Groupe MGEN - Site Camille Blanc 59 bis avenue Jean Jaurès 74 500 EVIAN

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT :

Nom: Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Adresse :

Code postal : VILLE :

N° de téléphone fixe : N° de téléphone portable :

Email : ----------@----------

N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _

Nom et adresse de la mutuelle :

LISTE DES DOCUMENTS ET/OU PIECES A FOURNIR :

ADMINISTRATIFS :

❒ Si vous êtes sous protection juridique, merci de nous fournir la photocopie du jugement.

❒ Si vous êtes pris en charge à 100% pour une maladie, veuillez nous fournir l'attestation papier de couleur violette que votre caisse vous a envoyée (ou réclamer une photocopie lisible à votre médecin traitant si vous l'avez égarée)

MEDICAUX :

❒ Un bilan cardiologique à nous retourner avec l'ensemble des documents d'admission. (cf : courrier à l'attention de votre cardiologue ci-joint).

❒ Ordonnance du traitement médical en cours à joindre à la demande d'admission

❒ Dossier médical à apporter lors du séjour

CONDITIONS DE LOGEMENT

❒ Appartement

❒ Maison

❒ Marches ou escaliers : Oui ❒ Non ❒ Nombre de marches :

ACTIVITES PROFESSIONNELLES

❒ En activité Profession :

❒ En invalidité

❒ Retraite depuis (date) :

❒ Autre

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ❒ Marié(e) ❒ Veuf (ve) ❒ Pacs ❒

Enfant(s) : Oui ❒ Non ❒ Nombre à charge :

LOISIRS

Quels sont vos loisirs et activités (lecture, télévision, smartphone, jeux-vidéos, activités manuelles) ?

ACTIVITES PHYSIQUES

Seul(e) : Oui ❒ Non ❒ Nombre d'heures par semaine :
Si oui, lesquelles :

En club : Oui ❒ Non ❒ Nombre d'heures par semaine :
Si oui, lesquelles :

Autres : Oui ❒ Non ❒ Nombre d'heures par semaine :
Si oui, lesquelles :

HABITUDES ALIMENTAIRES

Prenez-vous un petit déjeuner ? Oui ❒ Non ❒

Prenez-vous un gouter ? Oui ❒ Non ❒

Grignotez-vous entre les repas ? Oui ❒ Non ❒

Consommez-vous des fruits et légumes tous les jours ? Oui ❒ Non ❒

Consommez-vous des boissons sucrées (jus de fruits, sodas) ? Oui ❒ Non ❒

Vous mangez :

Quand c'est l'heure ? Oui ❒ Non ❒

Quand vous avez faim ? Oui ❒ Non ❒

N'importe quand ? Oui ❒ Non ❒

Seul(e) devant la télévision ? Oui ❒ Non ❒

En famille devant la télévision ? Oui ❒ Non ❒

HISTOIRE DE L'OBESITE :

A quel âge l'excès de poids est-il apparu ?

Y a-t-il des circonstances particulières qui semblent avoir déclenché l'excès de poids ?

Oui ❒ Non ❒

Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles ?

Avez-vous déjà eu des prises en charge nutritionnelles ? Oui ❒ Non ❒

Si oui, précisez où, quand et le résultat ?

OBSERVATIONS DIVERSES :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS NUTRITIONNELS – SEJOUR DE 4 SEMAINES

Critères d'admission :

- IMC supérieur ou égal à 35.
- Absence d'affection psychiatrique non stabilisée.

Dossier à envoyer au service de préadmission

→ Fax : 04 57 26 36 41
→ Adresse mail sécurisée : secretariatmedicalevian@mgen.mssante.fr (professionnels uniquement)
→ Adresse postale : Etablissement de soins médicaux et de réadaptation d'Evian - Groupe MGEN - Site Camille Blanc 59 bis avenue Jean Jaurès 74 500 EVIAN
→ Téléphone : 04 57 26 36 94

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR :

Nom : Spécialité :

Adresse :

Téléphone : Email :

Cachet et signature : Date :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE PATIENT :

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Résumé de la pathologie motivant la demande d'admission:

Objectif du séjour :

Poids : **IMC :**

TA : **Saturation O2 :**

Antécédents

❒ Diabète de type 2
❒ HTA
❒ Dyslipidémie
❒ Insuffisance cardiaque

❒ SAOS appareillé
❒ Insuffisance respiratoire Cause : ……..
❒ Arthrose Localisation(s) : ……..
❒ Syndrome anxiodépressif
❒ Ethylisme non sevré
❒ Chirurgie bariatrique Type/Année : ……
❒ TCA Précisez : ……..
❒ Autre : ……..

Autonomie et activité physique

Le patient est-il autonome au domicile ? Oui ❒ Non ❒

Le patient est-il en mesure de suivre un programme d'APA (Marche, Balnéothérapie, Renforcement musculaire) adapté à sa situation ? Oui ❒ Non ❒

Appareillage : ❒ Fauteuil roulant ❒ Déambulateur ❒ Canne ❒ VNI O2 ❒ CPAP

Bilans et documents nécessaires pour la prise en charge

❒ bilan cardiologique datant de moins de 1 an

❒ Ordonnance des traitements en cours

Date d'admission souhaitée : ----------

DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS NUTRITIONNELS – SEJOUR DE 4 SEMAINES

Téléphone du service de préadmission : 04 57 26 36 94
Numéro de Fax : 04 57 26 36 41

TROUSSEAU D'ENTREE

Carnet de surveillance : diabétique et anticoagulants et Pace Maker

POUR LA TOILETTE :

- Serviettes de toilette
- Savon

POUR LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTÉES (A.P.A.)

- Vêtements chauds (en période hivernale) pour la marche en extérieur
- Veste de sport, coupe-vent, polaire
- Lunettes de soleil, chapeau/bonnet (selon saison)
- Survêtement(s)
- Short (selon saison)
- T-shirts
- Socquettes /chaussettes
- Chaussures de sport adaptées à la marche en extérieur
- Chaussures de sport pour la salle
- 2 bâtons de marche/randonnée (type ARP 200 VLT) + embouts adaptés – A défaut, l'établissement vous en mettra à disposition pendant le séjour
- Gourde ou petite bouteille d'eau (à emporter lors de chaque activité)
- Sac à dos
- Maillot(s) de bain **ET** bonnet de bain
- Serviette de bain **ET** peignoir de bain
- Appareil de mesure de la glycémie **ET** bandelettes (pour les patients diabétiques)

POUR LE LINGE À LAVER :

L'établissement dispose de lave-linges (4€ la machine) et de sèche-linges (2€)

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MUTUELLE :

- **Code DMT :** 516
- **N° de FINESS :** 74 078 0143

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

A l'attention de votre cardiologue

Dossier suivi par : Service des Pré-Admissions
04 57 26 36 94

Objet : Bilan cardiologique avant admission pour prise en charge nutritionnelle

Docteur,

Votre patient souhaite faire intégrer notre SMR pour une prise en charge nutritionnelle en hospitalisation complète pour une durée de 4 semaines.

Ce programme comprend, entre autre, un programme d'Activité Physique Adapté incluant une réadaptation à l'effort. Le réentraînement à l'exercice est réalisé avec une cible d'intensité de travail comprise entre 55 et 70% de la FC maximale (intensité modérée). Lors de certaines activités, une intensité forte pourra être atteinte sur une durée courte (FC 75-85%). En l'absence de contre-indication, votre patient bénéficiera aussi de séances d'Aquabike en fractionné.

Afin d'éliminer une contre-indication à la réalisation de ce programme, un avis cardiologique est demandé, complété si vous le jugez nécessaire d'explorations fonctionnelles.

Pouvez-vous préciser dans votre conclusion, le cas échéant, la non contre-indication à la pratique APA d'intensité légère et à l'APA d'intensité modérée ?

Vous remerciant pour votre confiance, et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Service des Pré-Admissions

P/O Dr Hugo NOELLE

Etablissement SMR d'Evian,
Site Camille Blanc – Groupe MGEN

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 (jour de sortie compris) :

- *55* euros par jour pour les mutualistes MGEN/FNMF*
- *75* euros par jour pour les autres usagers*
- *89* euros par jour* ***pour la chambre confort***

* 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 de suite et de réadaptation.* Nous vous remercions de bien vouloir remplir l'engagement ci-dessous et nous le retourner rapidement.

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.

Choix de la catégorie de chambre :

☐ Chambre individuelle (voir les 3 tarifs ci-dessus)

☐ Chambre individuelle CONFORT- Vue Lac (avec un engagement minimum de 20 jours, quelle que soit la durée de la prise en charge de la mutuelle)

Si je fais le choix de la Chambre Confort vue lac, et que ma chambre n'est pas coté lac :

Je souhaite bénéficier néanmoins des prestations annexes facturées au tarif de la CP confort en attendant mon déménagement : ☐ OUI

☐ NON

Le jour de sortie étant facturable à la suite du décret 2019-719, il sera facturé au patient (*s'il n'est pas pris en charge par la complémentaire)*

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 10 jours d'hospitalisation me sera réclamée à l'entrée, et renouvelable.

Si votre mutuelle refuse la prise en charge, le séjour en chambre particulière vous sera facturé depuis votre date d'entrée.

Je soussigné(e), ……..

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de …….
(Lien de parenté) ……
La signature du présent document engage la personne représentant le patient, vis-à-vis de la créance.
Déclare avoir pris connaissance du coût lié à la chambre individuelle.

Le ……
Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Contre signature du patient s'il n'est pas le signataire initial :

Etablissement SMR d'Evian,
Site Camille Blanc – Groupe MGEN

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je, soussignée (e) .....

NOM, Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

.....

❑ **Choisis de désigner M., Mme, Mlle**

NOM, Prénom .....

Adresse .....

.....

Tél. fixe ..... *Tél. mobile* .....

E-mail .....@.....

Lien avec la personne *(parent, proche, médecin-traitant)*

.....

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

- ☐ jusqu'à ce que j'en décide autrement
- ☐ uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

J'ai bien noté que M., Mme, Mlle.....

✓Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

✓Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.

✓Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

✓Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

✓Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

❑ **Décide de ne pas désigner de personne de confiance. Je reconnais néanmoins avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance pour la durée de mon séjour dans l'établissement.**

❑ **Le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance**

Signature du patient :	Signature de la personne de confiance
Le :	Le :
Signature :	Signature :

La personne de confiance

Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

> **pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux** : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ;

> **dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions** : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées[1] à votre personne de confiance.

Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance ?

La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens)[2]. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, **en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision**.

En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une **recherche biomédicale** est envisagée dans les conditions prévues par la loi, **l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance**.

(1) Voir la fiche concernant « Les directives anticipées »
(2) Voir la fiche concernant « Les règles d'accessibilité aux informations de santé personnelles »