

## HOSPITALISATION COMPLETE : CONDITIONS D'ADMISSION

### 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,
- ATTESTATION prise en charge complémentaire délivrée par votre mutuelle (relative au ticket modérateur et forfait journalier, à la participation forfaitaire et chambre particulière),
- 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 de 20 euros ou 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.

#### 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'examen, 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/Boège, 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 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 COMPLETE

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

Troubles sphinctériens : OUI  NON  Précisez : .....

Escarres : OUI  NON  Localisation : .....

Port d'appareillage : OUI  NON  Temporaire  Définitif

Préciser : .....

Oxygénothérapie : OUI  NON

Troubles psychiques : OUI  NON

Désorientation  Confusion  Agitation

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

DUREE DE PRISE EN CHARGE .....

DESTINATION DU MALADE A LA SORTIE .....

A ....., LE \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature et cachet du médecin

## 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) :*

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

\* Tarifs révisibles 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.

Declare 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 :

## 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 (recommandé)

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<sup>(1)</sup> 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)<sup>(2)</sup>. 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 »

