

Demande d'admission en SSR

Dossier à retourner par mail : eta522-admissions@mgen.fr

Informations administratives et sociales

Date d'admission souhaitée* / / Date de la demande* / /

Renseignements administratifs sur le service demandeur

Etablissement* :

Service* :

	Nom - Prénom*	Téléphone*	Email*	Fax
Médecin demandeur				
Cadre infirmier				
Assistant social				

Renseignements administratifs sur le patient

Nom d'usage *	Nom de naissance *	Prénom*
Date de naissance*	Sexe*	
Code postal ou ville de naissance	Pays de naissance	
Adresse du domicile *	CP* Ville*	
Téléphone	Courriel	

Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Autre :
Personne à prévenir	Nom :	Lien de parenté :	Téléphone :
Médecin traitant	Nom :	Prénom :	Téléphone :

Prise en charge du séjour

Numéro de sécurité sociale*		Caisse d'affiliation :
Mutuelle*	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	Nom :
		Forfait journalier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Supplément chambre seule <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Séjour en rapport avec*	<input type="checkbox"/> ALD :	<input type="checkbox"/> déjà acquise <input type="checkbox"/> démarche en cours
	<input type="checkbox"/> K>50	
	<input type="checkbox"/> AT ou maladie professionnelle	
	<input type="checkbox"/> Autre :	

* Information obligatoire pour le dossier d'admission

Aspect social

Contexte de vie :

Le patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Intervenants à domicile avant l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :		
<input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Kinés <input type="checkbox"/> Auxiliaire de vie <input type="checkbox"/> Autre	Précisions : Précisions : Précisions : Précisions :	Nom : Nom : Nom : Nom :	Coordonnées : Coordonnées : Coordonnées : Coordonnées :
Logement	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Hébergement institutionnel (SLD, foyer, ...) : <input type="checkbox"/> Etage sans ascenseur		
Protection juridique	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Demande en cours Nom :	Coordonnées :

Orientation pour le devenir du patient :

<input type="checkbox"/> Retour à domicile possible et souhaité par le patient et son entourage <input type="checkbox"/> Retour à domicile impossible <input type="checkbox"/> Projet de sortie à réévaluer Commentaires : <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Démarches envisagées : <input type="checkbox"/> Organisation d'aides et soins à domicile <input type="checkbox"/> Entrée en établissement médicosocial <input type="checkbox"/> Autres
Réinsertion professionnelle précoce à prévoir	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui :

Informations importantes à signaler :

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action Sanitaire et Sociale – Etablissement de l'ESSRIN responsable de traitement, et ont pour finalité de permettre la gestion administrative de votre admission dans l'établissement.

Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur :

- Le respect d'obligations légales et réglementaires.
- L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession :
 - L'équipe de soins assurant votre prise en charge
 - Les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions
 - Le cas échéant, pourront aussi être destinataire de vos données : certaines autorités publiques

Le traitement de ces données est nécessaire au traitement de votre admission administrative. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution de votre admission.

Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :

- Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical
- Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées
- Le droit à l'effacement de vos données personnelles
- Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données
- Le droit à la limitation de la collecte de vos données
- Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité, à : Etablissement de l'ESSRIN – 1 avenue Molière – 78600 Maisons-Laffitte.

Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO – 3 Square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Prescription médicale

Pathologie et objectifs prise en charge *

Date d'hospitalisation : / / Date de l'intervention chirurgicale : / /
Patient stabilisé ? * Oui Non :

Antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

Comorbidités actives

Cardiologie- -pulmonaire

- HTA compliquée ou résistante au traitement
- Fibrillation ou flutter auriculaire
- Cardiopathie ischémique chronique ou séquelle d'infarctus myocardique ou insuffisance cardiaque congestive
- ATCD d'embolie pulmonaire ou maladie thromboembolique
- Insuffisance respiratoire ou BPCO sévère

Neurologie-psychologie

- Séquelles d'AVC ou lésion médullaire compromettant l'autonomie
- Maladie de Parkinson ou autre maladie neurologique compromettant l'autonomie
- Epilepsie ou syndrome épileptique
- Troubles cognitifs avec besoin d'aide AVQ
- Etat dépressif
- Syndrome confusionnel

Cancérologie et hématologie

- Tumeur maligne ou hémopathie maligne évolutive
- Thrombopénie < 30G/L ou risque hémorragique

Pathologies métaboliques – hépatiques - rénales

- Insuffisance rénale <30ml/mn
- Insuffisance hépatique sévère
- Diabète insulino-requérant et/ou multicompliqué
- Dénutrition sévère : albuminémie <30g/l ou amaigrissement > 10% du poids du corps en moins de 1 mois
- Immunodépression ou corticothérapie ou traitement immunosuppresseur au long cours
- Présence de greffe
- Pathologie rhumatismale ou othopédique invalidante

Allergies – Conduites addictives – Autres situations

- Allergies
- Conduites addictives
- Chutes à répétition
- Autre situation particulière modifiant la prise en charge

Equipe pluridisciplinaire

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? Non Oui
Si oui, laquelle : Nom: Contact: Coordonnées:

Information du patient

Le patient est-informé sur :

Le diagnostic Non Oui

Le pronostic Non Oui

La famille est informée sur :

Le diagnostic Non Oui

Le pronostic Non Oui

Commentaires

Directives anticipées

Traitement en cours

Traitement	Posologie	Observations

Modes d'administration du traitement :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pousse seringue | <input type="checkbox"/> Site implantable |
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse périphérique | Date de pose : / / |
| <input type="checkbox"/> Voie veineuse centrale | Date de pose : / / |

Éléments infirmiers complétant le formulaire médical

Poids : kg Taille : cm

Ventilation* <input type="checkbox"/> RAS		
<input type="checkbox"/> Aérosols	<input type="checkbox"/> Oxygène	<input type="checkbox"/> Trachéotomie
<input type="checkbox"/> Aspiration trachéo-bronchique	<input type="checkbox"/> Ventilation Non Invasive	<input type="checkbox"/> Ventilation invasive <input type="checkbox"/> continue <input type="checkbox"/> discontinue
<input type="checkbox"/> Appareillage des apnées du sommeil		

Etat cutané* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> A risque		
<input type="checkbox"/> plaies	Localisation :	Soins :
<input type="checkbox"/> escarres	Localisation :	Soins :

Portage d'une BMR* ? <input type="checkbox"/> Non (dépistage négatif) <input type="checkbox"/> Non recherché <input type="checkbox"/> Oui		
Infection * ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Site de l'infection :	
Commentaires :		

Appareillage* <input type="checkbox"/> RAS	
<input type="checkbox"/> Traction	Commentaires :
<input type="checkbox"/> Prothèses	Commentaires :
<input type="checkbox"/> Orthèses	Commentaires :
<input type="checkbox"/> Autres	Commentaires :

Capacités fonctionnelles*		Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	
Déplacements*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit strict <input type="checkbox"/> Pas d'appui <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Chariot plat
Transferts*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade <input type="checkbox"/> Matelas de transfert <input type="checkbox"/> Autre :
Faire sa toilette*	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques :
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques :
	Hygiène intime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques :
Habillage*	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques :
	Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques :
Aller aux toilettes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination urinaire : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Sondages intermittents <input type="checkbox"/> SAD / Date de pose : <input type="checkbox"/> Cystocath / Date de pose : <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination urinaire :
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elimination fécale : <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Protection <input type="checkbox"/> Stomie d'élimination :
Alimentation*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles de la déglutition <input type="checkbox"/> Nutrition entérale : <input type="checkbox"/> Régime : <input type="checkbox"/> Stomie d'alimentation : <input type="checkbox"/> Alimentation parentérale <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique

Communication	Normale	Altérée	
Vision*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> appareillée
Audition*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> appareillée
Expression*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parle le Français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compréhension*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprend le Français : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles de la conscience*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, Glasgow :
Troubles de l'humeur*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui :
Troubles cognitifs*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui :
Troubles du comportement*	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Risques de fugue <input type="checkbox"/> Agressivité / violence <input type="checkbox"/> Confusion

Commentaires :

Rendez-vous pris pour le patient :

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action Sanitaire et Sociale – Etablissement de l'ESSRIN responsable de traitement, et ont pour finalité de permettre la gestion administrative de votre admission dans l'établissement.

Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur :

- Le respect d'obligations légales et réglementaires.
- L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession :
 - L'équipe de soins assurant votre prise en charge
 - Les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions
 - Le cas échéant, pourront aussi être destinataire de vos données : certaines autorités publiques

Le traitement de ces données est nécessaire au traitement de votre admission administrative. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution de votre admission.

Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :

- Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical
- Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées
- Le droit à l'effacement de vos données personnelles
- Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données
- Le droit à la limitation de la collecte de vos données
- Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité, à : Etablissement de l'ESSRIN – 1 avenue Molière – 78600 Maisons-Laffitte.

Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO – 3 Square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



FICHE ADMINISTRATIVE

À remettre à l'Accueil le jour de l'entrée

Renseignements patient :

NOM D'USAGE : Prénom :

NOM DE NAISSANCE : Date et lieu de naissance :

Situation familiale : Nationalité :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Courriel :

Profession actuelle si en activité :

• Si vous avez créé votre Dossier médical partagé (DMP), en acceptez-vous la consultation par votre équipe médicale ? oui non

Personne(s) à prévenir :

Personne 1 :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Téléphone portable :

Courriel :

Personne 2 :

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Téléphone Domicile :

Téléphone portable :

Courriel :

Médecin Traitant (Nom – Prénom – Ville et N° de téléphone) :

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN Action Sanitaire et Sociale – Etablissement de l'ESSRIN responsable de traitement, et ont pour finalité de permettre la gestion administrative de votre admission dans l'établissement.

Ces traitements de données à caractère personnel sont fondés notamment sur :

- Le respect d'obligations légales et réglementaires.
- L'accès à vos données est circonscrit à certaines personnes. Ces personnes n'ont accès qu'aux données qu'elles sont habilitées à voir compte-tenu de leur profession :
 - L'équipe de soins assurant votre prise en charge
 - Les services administratifs habilités de l'établissement dans la limite de leurs missions
 - Le cas échéant, pourront aussi être destinataire de vos données : certaines autorités publiques

Le traitement de ces données est nécessaire au traitement de votre admission administrative. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution de votre admission.

Les données sont conservées pour la durée nécessaire au respect des obligations légales du Code de Santé Publique.

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de droits vis-à-vis de vos données personnelles :

- Le droit d'accès à vos données et notamment de votre dossier médical
- Le droit à la rectification de vos données personnelles qui permet de faire compléter ou de corriger des données erronées
- Le droit à l'effacement de vos données personnelles
- Le droit d'opposition à la collecte / l'usage de vos données
- Le droit à la limitation de la collecte de vos données
- Le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès

Vous pouvez exercer vos droits en vous adressant, par un écrit signé accompagné d'un justificatif d'identité, à : Etablissement de l'ESSRIN – 1 avenue Molière – 78600 Maisons-Laffitte.

Le Data Protection Officer peut être contacté à l'adresse suivante : MGEN DPO – 3 Square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15.

Si vous estimez, après nous avoir contacté, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

PRISE EN CHARGE DES FRAIS PERSONNELS

(Hors participation éventuelle des organismes tiers payeurs)

À remettre à l'Accueil le jour de l'entrée

Je soussigné.e

Déclare m'engager à régler à ESSRIN MGEN, déduction faite de la participation éventuelle des organismes tiers payeurs (sécurité sociale, aide médicale, mutuelle ou assurance) :

Frais obligatoires :

- La participation assuré 24€/séjour
- Le forfait journalier 20€/jour
- La chambre particulière 70€/jour (50€/jour si mutuelle FNMF)

Frais optionnels :

- Ouverture des services multimédias (TV, WIFI) 10€
- Le téléphone 0,18€/minute
- La télévision 5,50€/jour

Et à verser les acomptes correspondants.

Nous vous invitons à contacter votre organisme complémentaire afin de déterminer la part restant à votre charge.

Fait à _____, en 2 exemplaires

Le _____

Signature