

**INFORMATIONS POUR VOTRE ADMISSION
EN HOPITAL DE JOUR**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Votre courrier de confirmation de votre admission indique la date et l'heure d'arrivée au sein de notre établissement : nous vous demandons de les respecter et de contacter le bureau des entrées en cas de retard.

Si une **prescription médicale de transport** vous est établie par votre médecin, elle doit être soumise à «entente préalable » de votre Caisse d'Assurance Maladie. Veillez à ce que la prescription médicale couvre les trajets d'aller et de retour.

Les formalités administratives

Lors de votre admission, nous vous remercions de bien vouloir :

1. présenter les documents originaux suivants
 - votre **carte vitale mise à jour**
 - votre **carte de complémentaire santé en cours de validité pour l'année**
 - votre **pièce d'identité en cours de validité**

2. présenter les pièces justificatives de prise en charge de vos frais de séjour ci-après cochées
 - la **prescription médicale de votre séjour** établie par le médecin qui a complété le dossier médical de pré admission

 - l'**accord de prise en charge de séjour de votre organisme d'Assurance Maladie Obligatoire**
La prise en charge de votre séjour est soumise à une demande d'entente préalable pour admission en service de soins. La prescription médicale de votre séjour établie par votre médecin est à transmettre au service médical de votre caisse de sécurité sociale qui, si accord, vous délivrera prise en charge administrative des frais de séjour.

 - l'**accord de prise en charge de séjour de votre organisme d'Assurance Maladie Complémentaire**
Attention toutes les mutuelles ne délivrent pas de prise en charge. Nous vous conseillons de contacter votre mutuelle pour connaître les modalités exactes de votre prise en charge. L'accord de votre mutuelle devra mentionner les modalités de prise en charge du **ticket modérateur**.

ATTENTION : En l'absence des pièces justificatives de prise en charge de vos frais de séjours le jour de votre admission, un chèque de caution d'un montant de 1 300 € vous sera demandé et conservé dans votre dossier jusqu'à réception des pièces manquantes.

Les frais à acquitter le jour de votre admission

- Votre séjour est pris en charge à 80 % par votre organisme d'assurance maladie obligatoire et vous n'avez pas de mutuelle ou cette dernière ne pratique pas le tiers payant : _____ € par jour d'hospitalisation au titre du **ticket modérateur** (20%).
- Votre séjour est pris en charge à 100 % par votre organisme d'assurance maladie obligatoire : **aucun**

A ce montant peut s'ajouter, si vous en faites la demande : une caution pour la remise d'une clé de vestiaire : 20 € ou pièce d'identité.

Votre séjour en service de soins

Cette première journée d'hospitalisation est une journée de présentation et de bilan. Elle permettra d'organiser votre prise en charge. Vous rencontrerez les professionnels de santé qui seront chargés d'établir avec vous votre projet thérapeutique.

A cette occasion, nous vous remercions de bien vouloir remettre :

- votre ordonnance avec votre traitement en cours
- les documents médicaux datant de moins de 6 mois en votre possession (résultats biologiques, radiographies, scanners, échographies, ECG

Liste des effets nécessaires à votre séjour

- maillot de bain (attention, les shorts de bain ne sont pas autorisés), bonnet de bain, chaussures spéciales pour la piscine, type chaussons en caoutchouc rigide (pas en latex...).
- tenue (joggings, shorts et tee-shirts) et chaussures de sport
- un bloc-notes et un stylo

Pour des raisons d'**hygiène et de sécurité**, l'autorisation d'accès au bassin de rééducation nécessite **l'ensemble de ces équipements de bain** (maillot, bonnet, peignoir, chaussures).

Quelques conseils

Nous vous recommandons **de ne pas apporter d'objets de valeur** (bijoux, PC et téléphone portable, appareil photo,...) pour éviter tout vol ou toute perte.

Nous sommes heureux de vous accueillir très prochainement dans notre établissement.

Hôpital De Jour CÉRÈS

65, Voie Romaine

06000 NICE

☎ : 04.89.08.76.00

Email : contact@hdjceres.com

N°FINESS : 060023694



DOSSIER MEDICAL DE PRE- ADMISSION

Photo
d'identité

**A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT
ET A NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT**

(Sous pli cacheté)

A l'attention du médecin traitant

Cher confrère,

Vous avez en votre possession le dossier de pré-admission dans notre établissement concernant votre patient(e).

J'attire votre attention sur l'importance du dossier médical que vous devez renseigner et ce, dans le souci d'assurer une prise en charge de qualité, conforme à la situation de votre patient(e).

Nous vous remercions de-vous assurer auparavant que le patient ne rentre pas dans les critères de refus suivants :

- Age <18 ans
- BMI <27
- GIR<4
- Anorexie mentale
- Alcoolisme non sevré
- Essai thérapeutique
- Pathologies psychiatriques non stabilisées
- Post-tentative de suicide
- Absence de motivation ou d'intérêt pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique

*Nous vous remercions d'établir, en parallèle, **la prescription médicale de séjour** pour votre patient(e) sur simple ordonnance ainsi qu'un **certificat médical de non contre-indication à la pratique d'une activité physique.***

*Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « **prescription médicale de transport** », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e) pour accord préalable (uniquement en aller-retour hors département).*

Dans le cas d'une affection liste, il vous faudra indiquer pour quelle pathologie le 100 % a été accordé au patient.

Dès réception de votre dossier d'admission, nous serons en mesure de convenir d'une date d'entrée pour votre patient(e). La durée du séjour (fréquence des venues) sera définie avec votre patient(e) et l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire en fonction du bilan d'entrée et des besoins identifiés en cours de séjour.

Le Médecin Responsable

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Motif de l'admission :

Hospitalisation(s) antérieure(s) dans notre établissement : Oui Non

Si oui, veuillez préciser la (les) date(s) :

1. Antécédents médicaux :

2. Antécédents chirurgicaux :

3. Antécédents familiaux :

4. Toxiques (tabac, alcool, drogue) :

5. Allergie(s) :

État nutritionnel : Taille : Poids : IMC :

Dénutrition : Oui Non

Troubles métaboliques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie modérée à jeun |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Hyper uricémie |

État psychique :

Diagnostic principal /motif d'admission :

Traitement actuel :

Régime actuel : *(cocher la ou les cases correspondantes)*

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypocalorique | <input type="checkbox"/> Hypo protidique | <input type="checkbox"/> Sans résidu | |
| <input type="checkbox"/> Sans sel | <input type="checkbox"/> Sans gluten | <input type="checkbox"/> Restriction hydrique | <input type="checkbox"/> Hyper protidique |
| <input type="checkbox"/> Sans porc | <input type="checkbox"/> Hallal | <input type="checkbox"/> Cacher | |
| <input type="checkbox"/> Diabétique | <input type="checkbox"/> Sans fibres | | |

Allergies alimentaires :

Evaluation des Soins

Etat cutané : Intégrité Escarres (localisation) : Plaies (localisation) :

Si Pansements (nature, siège, protocole) :

Locomotion : Autonome Cannes Cannes Anglaises
 Déambulateur Fauteuil roulant *Handicap moteur, préciser :*

Soins techniques: *Aucun*

Glycémies capillaires Insulinothérapie (nombre d'injections : /jour)
 Voie veineuse périphérique Voie veineuse centrale D.V.I. Injections
 Sonde vésicale à demeure (Posée le :) Stomie urinaire
 Sonde gastrique Gastrostomie
 Colostomie : Droite Gauche Provisoire Définitive
 Oxygène : l/min Aérosols (nombre : ./Jour) Aspiration

Appareillage :

Prothèses oculaires : Lunettes Lentilles
 Prothèses auditives : Droite Gauche
 Prothèses dentaires : Haut Bas
 Prothèses orthopédiques (préciser) :

Soins spécifiques :

Mesures d'isolement : Précautions « standard ou contact » Précautions « respiratoire ou gouttelette »

Evaluation sociale et Projet social

Situation sociale actuelle, Vit : Seul En couple Autre, préciser :
 Tuteur Curateur

Le médecin soussigné certifie que le (la) patient(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni troubles psychiatriques non équilibrés. En cas de handicap moteur, en préciser la nature.

Nom du Médecin : Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Tél :

Tél portable :

Cachet et signature

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

Hospitalisations antérieures Non Oui

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Signature de la secrétaire

Date : _____

Accord :

Refus :

Signature du Médecin

