

## Dossier de préadmission

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Afin de traiter votre demande d'admission, merci de suivre les indications suivantes :

### Compléter le dossier de pré admission qui doit obligatoirement comporter :

- Le dossier médical composé :
  - De la fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin : (Formulaire n°1)
  - De la copie de votre ordonnance de médicament en cours.
  - Du certificat médical attestant de la nécessité d'un séjour en réadaptation cardiaque
  - Du dernier courrier de votre cardiologue

### Ces documents sont indispensables pour la validation de votre demande

- La fiche administrative complétée (Formulaire n°2)

**Retourner le dossier COMPLET (à défaut, votre demande d'hospitalisation ne pourra pas être prise en compte)**

Par courrier à l'adresse suivante : Service des admissions  
Centre Midi-Gascogne  
1487 avenue du Languedoc  
82500 Beaumont de Lomagne

Par mail : admission.mg@gmail.com

### Se renseigner sur vos conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

L'établissement est conventionné avec la sécurité sociale. Les frais liés à votre hospitalisation seront pris en charge par l'organisme qui vous couvre.

Les frais qui seront à votre charge, ou à la charge de votre mutuelle, sont :

- le forfait journalier
- le supplément pour chambre particulière si vous choisissez ce mode d'hébergement.

Il est donc important de faire une demande de prise en charge avant votre entrée auprès de votre mutuelle.

Pour cela, spécifiez à votre organisme complémentaire :

- Le numéro FINESS de l'établissement : **820002350**
- La durée du séjour : 21 jours, 24 jours si vous allez être opéré.
- Le secteur d'hospitalisation : Réadaptation dont le code DMT est le **182**

### Le jour de l'entrée

- Vous devez vous présenter à l'Accueil avec les originaux suivants :

- votre carte vitale,

- votre carte mutuelle,

- votre pièce d'identité,
- votre livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou copie du jugement justifiant un changement de nom.
- la prise en charge de votre mutuelle, si celle-ci n'a pu être jointe au dossier de préadmission,
  - Par ailleurs, nous vous demandons d'apporter pour le médecin :
- votre ordonnance en cours
- vos médicaments dans les boîtes d'origine afin d'assurer la continuité des soins au cas où nous n'aurions pas pu obtenir certains d'entre eux dans les 48 premières heures de votre hospitalisation. A votre arrivée, votre traitement personnel **sera obligatoirement récupéré par l'équipe soignante**. Nous vous rappelons qu'il est **interdit de prendre d'autres traitements que ceux fournis par l'établissement**. Conformément au droit de substitution datant de 1999, le pharmacien pourra être amené à substituer certaines spécialités de votre traitement.
- les éléments de votre dossier médical : dernières analyses, compte rendu d'hospitalisation récent.

### **Informations IMPORTANTES**

Afin de pouvoir intervenir en toutes circonstances, les portes des chambres ne peuvent fermer à clé. Toutes les chambres sont équipées d'un tiroir ou d'un placard pouvant être sécurisé. Cependant, nous vous recommandons de ne pas garder avec vous d'argent (espèces) et d'objets de valeur lors de votre séjour. La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effet personnel commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement.

Dans votre valise : vous êtes tenu d'apporter vos effets personnels (vêtements, pyjama, affaires de toilette, serviettes de toilette...) ainsi que des tenues de sport (si possible des t-shirts en coton) avec chaussures adéquates.

**Les sorties sont autorisées uniquement le dimanche, de 9 h à 22 h** et sont soumises à une autorisation écrite et préalable du médecin.

Bien entendu, nous restons à votre disposition pour tous renseignements complémentaires

A très bientôt.

Le service des admissions

## Fiche administrative (formulaire n° 2)

---

Correspondant sur la Clinique Midi Gascogne : Bureau des entrées  
Téléphone : 05.63.21.50.85 Fax : 05.63.65.26.40

---

Nom marital : Sexe : F  M

Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone : Adresse mail :

---

N° d'assuré(e) social(e) :

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire :

Mutuelle :

---

Déjà venu à Midi-Gascogne :  Oui  Non Si OUI, en quelle année :

Chambre particulière :

Je ne souhaite pas de chambre particulière.

Je souhaite une chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge (A noter que nous ne pouvons vous garantir une chambre particulière le jour de votre arrivée. Nous mettrons tout en œuvre pour satisfaire votre demande dans les plus brefs délais).

J'accepte d'être en chambre double dans un premier temps.

Accompagnant souhaité :  Oui  Non

---

Nom et numéro de téléphone du Médecin prescripteur du séjour ou du chirurgien si intervention prévue :

Nom et numéro de téléphone du Médecin traitant :

Période d'entrée souhaitée à la Clinique Midi Gascogne :

### **Activités que vous êtes capable d'accomplir**

- Marche à l'extérieur
- Marche sur tapis roulant
- Monter et descendre les escaliers
- Gymnastique douce
- Vélo d'intérieur

# Fiche d'admission médicale (formulaire n° 1)

**Nom :** ..... **Prénoms :** .....

**Sexe :** F  M

**Date de naissance** .....

**A renseigner obligatoirement : 100% ALD : OUI  NON**

Motif d'hospitalisation :

Pathologies associées :

Addictions :

Joindre le certificat médical attestant de la nécessité du séjour en réadaptation cardiaque

## **Etat clinique : (mentions à remplir obligatoirement pour validation de la demande)**

Poids : í í í í í í Taille : í í í í í í í . IMC : í í í í ..

Soins d'hygiène : Autonome Aide partielle Dépendant

Elimination : Autonome Aide partielle Dépendant Sonde urinaire Stomie

Respiration : Autonome Oxygénothérapie

Mobilisation : Autonome Aide partielle Dépendant

Handicap physique : Oui  : à préciser í .. Non

Troubles du comportement : Oui  : à préciser í .. Non

Infection(s) Site : í í í í í í í í í í í í í í í í í Germe : í í í í í í í í í í í í

**Présence d'un traitement : OUI  NON**

Fournir obligatoirement la copie des ordonnances médicamenteuses en cours

Date : í í ... / í í ... / í í .	Médecin prescripteur Dr : í í í í í í í í í .. Tél : Fax ou mail :	Signature et cachet
-------------------------------------	---	---------------------