

Dossier de préadmission Réadaptation cardiaque

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
Clinique Midi-Gascogne
1487 avenue du Languedoc
82500 Beaumont de Lomagne

Par mail :

admission.mg@gmail.com

L'établissement est conventionné avec les Caisses obligatoires (CPAM, MSA, MGEN, CNMSS, CAMIEG...)
Les frais liés à votre hospitalisation (activités, soins, consultations avec nos professionnels de santé...) seront pris en charge par l'organisme qui vous couvre dans le cadre d'une ALD 100% cardiaque.

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**
- Le secteur d'hospitalisation : Réadaptation dont le code DMT est le **182**

Vous trouverez toutes les informations pratiques sur le séjour dans le livret de préadmission à disposition sur notre site internet.

Nom :

Prénoms :

Sexe : F M

Date de naissance :

A renseigner obligatoirement : 100% ALD :

OUI NON

Motif d'hospitalisation :

Pathologies associées :

Addictions :

Tabac

Alcool

Autres

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 : Taille : IMC :

Soins d'hygiène : Autonome Aide partielle Dépendant

Elimination : Autonome Aide partielle Dépendant Sonde urinaire Stomie

Respiration : Autonome Oxygénothérapie Nocturne Permanent

Mobilisation : Autonome Aide partielle Dépendant

Handicap physique : OUI : à préciser NON

Troubles du comportement : OUI : à préciser NON

Infection(s) Site : Germe :

Présence d'un traitement : OUI NON

Fournir obligatoirement la copie des ordonnances médicamenteuses en cours

Date : / /

Médecin prescripteur

Signature et cachet

Dr :

Tél :

Fax ou mail :



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