

Dossier de préadmission Réadaptation métabolique

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 :**
 - o De la fiche d'admission médicale à faire compléter et tamponner par votre médecin : (Formulaire n°1)
 - o De la copie de votre ordonnance de médicaments en cours.
 - o Du certificat médical attestant de la nécessité d'un séjour en réadaptation métabolique
 - o Du dernier courrier de votre diabétologue, endocrinologue ou médecin prescripteur du séjour
 - o Des dernières analyses biologiques
 - o Du compte rendu d'évaluation cardiaque (épreuve d'effort)

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

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

L'établissement est conventionné avec la sécurité sociale :

Si vous avez une ALD (cardiologie ou diabète), les frais liés à votre hospitalisation seront totalement pris en charge par l'organisme qui vous couvre.

Si vous n'avez pas une ALD, il restera à votre charge ou à celle de votre mutuelle, 20% des frais de séjour (voir avec votre mutuelle si elle prend en charge le ticket modérateur de 20%).

Dans tous les cas, 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 auprès de votre mutuelle avant votre entrée

Pour cela, spécifiez à votre organisme complémentaire :

- Le numéro FINESS de l'établissement : **820002350**
- La durée du séjour : 3 semaines
 - o du lundi matin au vendredi 17h la première semaine
 - o du dimanche soir 18h au vendredi 17h les 2 semaines suivantes
- Le secteur d'hospitalisation : Réadaptation dont le code DMT est le **516**

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 Motif : NON

Motif du séjour :

Pathologie principale motivant le séjour :

Pathologies associées :

Addictions : Tabac Alcool Autres

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

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

Poids : Taille : IMC :

Soins d'hygiène Autonome Aide partielle Dépendant

Alimentation : Entérale Parentérale

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

Projet médical justifiant ce séjour :

Présence d'un traitement : OUI NON

Fournir obligatoirement

- La copie des ordonnances médicamenteuses en cours
- Un bilan cardio-vasculaire datant de moins de 1 an

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

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

Nom et numéro de téléphone du Médecin traitant :

Nom et numéro de téléphone du diabétologue :

Période d'entrée souhaitée à la Clinique Midi Gascogne :
