

**Dossier de préadmission
Réadaptation cardiaque ambulatoire
BRESSOLS**

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
735 Chemin de Grenade
82710 BRESSOLS

Par mail :

admission.mg.bressols@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.

**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 :

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 :

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 :
