

## 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 :**
  - 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 médicament en cours.
  - o Du certificat médical attestant de la nécessité d'un séjour en réadaptation cardiaque
  - o Du dernier courrier de votre cardiologue

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

- **La fiche administrative complétée** (Formulaire n°2)
- **Le formulaire de désignation de la personne de confiance complété**

### **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.

### **Vous pouvez vous renseigner auprès de votre mutuelle pour le tarif de remboursement de la chambre particulière.**

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 **513**

**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

## Désignation de la personne de confiance

Conformément à l'article L.1111-6 du Code de la santé publique, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui pourra être consultée au cas où elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

### 1. Informations sur la personne qui désigne

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail (facultatif) : .....

### 2. Désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e), désigne comme personne de confiance :

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec moi (famille, ami, autre) : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail (facultatif) : .....

### 3. Rôle de la personne de confiance

La personne de confiance :

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans les démarches concernant mes soins et assister aux entretiens médicaux,
- pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins qui me sont prodigués et devra recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre,
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin,
- sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord
- pourra m'aider à la connaissance et à la compréhension de mes droits.

### 4. Signatures

Signature de la personne qui désigne :

Fait à .....,

le ...../...../.....

Signature :

Signature de la personne désignée comme personne de confiance :

Je reconnais avoir été informé(e) de ma désignation en tant que personne de confiance et j'accepte ce rôle pour la durée du séjour à la clinique Midi Gascogne.

Fait à .....,

le ...../...../.....

Signature :