

## 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)
- **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

### **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 :

---

## 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 :