HOPITAUX de la Vésubie
ALPES-MARITIMES
06450 - ROQUEBILLIERE
✆ 04 93 03 43 64 • 04 93 03 53 70
E-mail : chvesubie@hopitaux-vesubie.fr

N. Réf. : CENTRE JEAN CHANTON
Bureau des admissions
Responsable service : Mme THAON
☎ : **04.93.03.43.64** Poste **3410**
N° Fax du service : 04.93.03.52.31
Mail : cjcadmissions@hopitaux-vesubie.fr

Roquebillière, le

Formalités à accomplir en vue d'une admission
en section Soins de Suite dans notre établissement.

Madame, Monsieur,

Pour faire suite à votre demande en date du / / , nous vous adressons, les documents d'ordre médical et administratif, nécessaires à la constitution de votre dossier. Vous trouverez ci-dessous, les indications d'utilisation et de destination.

1. A ADRESSER A VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE

Si vous êtes actuellement à domicile ou en maison de retraite, vous devez adresser à votre organisme d'assurance maladie la demande d'accord préalable (imprimé 619) complétée par votre médecin traitant.

La prise en charge correspondante devra être libellée dans l'un des termes suivants : « moyen séjour, convalescence, rééducation ou service de soins de suite ».

Cette formalité n'est pas obligatoire si vous dépendez du régime général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou de l'une des sections locales suivantes : MGEN, EDF, MGPTT, MFP, MGP.

2. A RETOURNER A NOTRE ÉTABLISSEMENT

- Le dossier médical d'admission, destiné aux médecins du Centre, à faire remplir par votre médecin traitant et à retourner sous pli confidentiel.
- La fiche de renseignements administratifs complétée.
- Une photocopie de l'attestation de votre carte d'assuré social, carte de mutuelle, livret de famille (ou extrait de naissance) et de votre carte d'identité.

Après réception du dossier complet et accord du service médical, vous serez inscrit sur liste d'attente.
Nous vous contacterons dès qu'une place pourra vous être proposée.

Le jour de votre admission qui doit avoir lieu en fin de matinée, veuillez emmener votre traitement en cours ainsi que la dernière ordonnance prescrite par votre médecin traitant.

Restant à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

La responsable du bureau des Admissions,
Chrystelle THAON

Fiche de renseignements administratifs pour une admission

NOM :

NOM de jeune fille :

Prénom :

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu :

Domicile :

NOM et Prénom du conjoint :

Tél :

NOM et Prénom du père :

Personnes à Prévenir :

NOM et Prénom de la mère :

Tél :

Nombre d'enfants :

Dernière Hospitalisation :

Organisme d'assurance maladie :

N° d'immatriculation :

Centre :

Régime :

Mutuelle :

Exonération du ticket modérateur

OUI : NON :

ADMISSION DEMANDEE POUR LA SECTION SOINS DE SUITE

SERVICE DE SOINS DE SUITE

Participation à votre charge :

1° LE FORFAIT JOURNALIER : 20 € /jour pour tous les hospitalisés pris en charge à 80% ou 100%. Seuls les bénéficiaires de l'article 115 du code des pensions militaires en sont exonérés.

Un engagement de payer et 1 chèque de caution de 31 jours vous seront demandés lors de l'admission.

Soit 31 x 20 € = **620 €** (chèque libellé à l'ordre du Trésor Public).

2° LE TICKET MODERATEUR : si vous n'en êtes pas exonéré.

3° LE SUPPLEMENT CHAMBRE PARTICULIERE : 30€ / jour après accord de prise en charge de votre mutuelle.

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL

CENTRE JEAN CHANTON
06450 - ROQUEBILLIERE
Tél : 04 93 03 43 64 - FAX 04 93 03 53 70

HOPITAL SAINT ANTOINE
06450 - ST MARTIN VESUBIE
Tél : 04 93 03 20 09 - FAX 04 93 03 29 69

HOPITAUX de la Vésubie
ALPES-MARITIMES
06450 - ROQUEBILLIERE
✆ 04 93 03 43 64 • 04 93 03 53 70
E-mail : chvesubie@hopitaux-vesubie.fr

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION ETABLI EN VUE DE L'HOSPITALISATION EN SERVICE DE SOINS DE SUITE D'UN PATIENT TRAITE A SON DOMICILE

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET DESTINE AUX MEDECINS DU CENTRE

Nom : **Prénom :** **Date de Naissance :**

MOTIFS DE L'HOSPITALISATION : .....

.....

- ☐ Relais hospitalisation à domicile
- ☐ Aggravation état chronique
- ☐ Altération de l'état général
- ☐ Dénutrition
- ☐ (si autre, précisez)
- ☐ Régression psychomotrice
- ☐ Réadaptation
- ☐ Équilibrage traitement
- ☐ Soins palliatifs

.....

Le patient connaît sa maladie ? ☐ OUI ☐ NON

PROJET DE PRISE EN CHARGE :

- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Orthophonie
- ☐ Psychologique
- ☐ Diététique
- ☐ Ergothérapie

.....

.....

ETAT CLINIQUE .....

.....

.....

.....

.....

Taille : **Poids :**

SYNTHESE DES ANTECEDENTS MEDICAUX : .....

.....

.....

.....

.....

.....

HOPITAUX de la Vésubie
ALPES-MARITIMES
06450 - ROQUEBILLIERE
✆ 04 93 03 43 64 • 04 93 03 53 70
E-mail : chvesubie@hopitaux-vesubie.fr

TRAITEMENT EN COURS : .....

.....

.....

.....

.....

.....

BILAN DE RESSOURCES :

Communication

- ☐ Lucide
- ☐ Désorienté / temps
- ☐ Désorienté / espace
- ☐ Inconscient

Relations

- ☐ Calme
- ☐ Agité
- ☐ Troubles du sommeil
- ☐ Troubles mémoire récents

Sociales (humeur)

- ☐ Normale
- ☐ Dépressive
- ☐ Anxieuse

Alimentation

- ☐ Autonome
- ☐ Avec installation
- ☐ Avec aide totale
- ☐ Risques fausses routes
- ☐ Sonde gastrique
- ☐ Restriction hydrique
- ☐ Surveillance hydrique
- ☐ Prothèses dentaires

Régime

- ☐ Normal
- ☐ Sans sel
- ☐ Diabétique

Texture

- ☐ Normale
- ☐ Molle
- ☐ Mixée

État nutritionnel

- ☐ Correct
- ☐ Incorrect

Langage

- ☐ Normal
- ☐ Dysarthrie
- ☐ Aphasie
- ☐ Étranger

Vision

- ☐ Normale
- ☐ Altérée
- ☐ Corrigée
- ☐ Cécité

Audition

- ☐ Normale
- ☐ Altérée
- ☐ Appareillée
- ☐ Surdité

Locomotion mobilisation

- ☐ Autonome
- ☐ Autonome / Fauteuil roulant
- ☐ Marche accompagnée
- ☐ Marche avec cadre / canne
- ☐ Levé fauteuil
  - Participe ☐ oui ☐ non
  - Appui ☐ oui ☐ non
- ☐ Alité

Chutes

- ☐ Absence
- ☐ Présence

Habillage

- ☐ Autonome
- ☐ Aide légère
- ☐ Aide totale

Hygiène Corporelle

- ☐ Se lave seul
- ☐ Avec aide totale
  - ☐ au lavabo
  - ☐ au lit

HOPITAUX de la Vésubie
ALPES-MARITIMES
06450 - ROQUEBILLIERE
✆ 04 93 03 43 64 • 04 93 03 53 70
E-mail : chvesubie@hopitaux-vesubie.fr

Élimination

- ☐ Autonome
- ☐ Accompagné W.C
- ☐ Bassin, urinal
- ☐ Incontinent urinaire : autonome
  - ☐ épisodique
  - ☐ diurne
  - ☐ nocturne
  - ☐ couches ☐ péniflow
- ☐ Sonde vésicale posée le
- ☐ Incontinent fécal
- ☐ Colostomie :
  ☐ oui ☐ non

SOINS PARTICULIERS :

État cutané

- ☐ Intégrité
- ☐ Rougeur
- ☐ Érosion
- ☐ Nécrose
- ☐ Pansement(s)
  Préciser le(s) protocole(s) suivis
- ☐ Ulcère

Perfusion

- ☐ Périphérique
- ☐ Centrale
- ☐ Portacath

Autres

- ☐ Oxygène..... l / mn
- ☐ Aérosol..... / jour
- ☐ Aspiration
- ☐ Glycémies capillaires / jour
- ☐ Protocoles (anti-douleur....)

OBJECTIFS DE SOINS A POURSUIVRE :

RESEAU DE SOUTIEN / ENTOURAGE :

EN CAS D'ADMISSION EN SECTION SOINS DE SUITE, QUEL AVENIR ENVISAGEZ-VOUS POUR LE PATIENT A SA SORTIE ? :

Fait à ....., le .....
(Cachet et signature du médecin traitant)