

N.Réf ; CENTRE JEAN CHANTON
Bureau des Admissions
Responsable du service ; Mme THAON
Tél : 04.93.03.43.64 poste 3410
Fax : 04.93.03.52.31
Mail : cjcaccueil@hopitaux-vesubie.fr



Roquebillière, le

**Formalités à accomplir en vue d'une admission
en section Soins Médicaux et de Réadaptation 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.

A RETOURNER A NOTRE ETABLISSEMENT :

- 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 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,
Christelle 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
Téléphone :
Dernière Hospitalisation : Nombre d'enfants :
Organisme d'assurance maladie : N° d'immatriculation
Centre : Régime :
Mutuelle :

OUI : Exonération du ticket modérateur NON :

ADMISSION DEMANDEE POUR LA SECTION SOINS MEDICAUX ET DE
READAPTATION

SMR

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.

1 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 : 35 €/ jour après accord de prise en charge de votre mutuelle.



**DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION ETABLI EN VUE DE
L'HOSPITALISATION EN SERVICE DE SOINS MEDICAUX ET DE
READAPTATION D'UN PATIENT TRAITÉ A DOMICILE**

Nom : _____ Prénom : _____ Date de Naissance : _____

MOTIFS DE L'HOSPITALISATION :

.....
.....

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relais hospitalisation à domicile | <input type="checkbox"/> Régression psychomotrice |
| <input type="checkbox"/> Aggravation état chronique | <input type="checkbox"/> Réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état général | <input type="checkbox"/> Equilibrage traitement |
| <input type="checkbox"/> Dénutrition | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> (si autre, précisez) | |

.....

Le patient connaît sa maladie ? OUI NON

PROJET DE PRISE EN CHARGE :

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Psychologique | <input type="checkbox"/> Ergothérapie |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | <input type="checkbox"/> Diététique | |

.....
.....

ETAT CLINIQUE

.....
.....
.....
.....

Taille :

Poids :

SYNTHESE DES ANTECEDENTS MEDICAUX :

.....
.....
.....
.....
.....
.....



Elimination

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autonome | <input type="checkbox"/> Sonde vésicale posée le |
| <input type="checkbox"/> Accompagné W.C | <input type="checkbox"/> Incontinent fécal |
| <input type="checkbox"/> Bassin, urinal | <input type="checkbox"/> Colostomie : |
| <input type="checkbox"/> Incontinent urinaire : | autonome <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> épisodique | |
| <input type="checkbox"/> diurne | |
| <input type="checkbox"/> nocturne | |
| <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> péniflow | |

SOINS PARTICULIERS :

Etat cutané

- Intégrité
- Rougeur
- Erosion
- 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 DANS LE SERVICE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION QUEL AVENIR ENVISAGEZ-VOUS POUR LE PATIENT A SA SORTIE ? :

Fait à....., le

(Cachet et signature du médecin traitant)