

DOSSIER DE PRE-ADMISSION**Volet Administratif**

Rééducation Pneumologie



Rééducation Cardiologie

A remplir par le patient

NOM D'USAGE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : /__ /__ /____ / LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL : /__ /__ /__ /__ /__ /__ / PORTABLE : /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

E-MAIL : _____ @ _____

Personne à prévenir : _____

Parenté : _____ TEL : /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Médecin traitant (nom et adresse) : _____

Médecin spécialiste (nom et adresse) : _____

Nom de votre caisse d'assurance maladie : _____

N° Matricule : /_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /

Mutuelle Complémentaire (nom et adresse) : _____

N° Adhérent : _____

Situation familiale : _____

Sous tutelle / curatelle (coordonnées : _____)

Date d'admission souhaitée : /__ __ /__ __ /__ __ __ __ /

(date validée ultérieurement par le service des admissions)

Transport envisagé : personnel autre : _____

FORMULAIRE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : /__ __/ __ __/ __ __ __ __/

Atteste demander de séjourner en chambre individuelle durant mon hospitalisation.

Je confirme être informé(e) du tarif journalier de la chambre individuelle (cochez la case ci-dessous) et m'engage à régler un éventuel reste à charge si ma mutuelle ne prend pas en charge la totalité des frais relatifs à la chambre individuelle :

Chambre individuelle (60 € / nuitée)

Chambre individuelle Option 1 (65 € / nuitée)
non couverte par les mutuelles adhérentes à la MFP

Ne souhaite pas bénéficier d'une chambre individuelle durant mon hospitalisation.

Date :

Signature du patient
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

CHAMBRES PARTICULIERES - TARIFS APPLIQUES AU 01/03/2022

- Chambre particulière tarif 1 : 60,00 €

Tarif 1 avec option : 65,00 € (option non couverte par les mutuelles adhérentes à la MFP)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| - Bouquet TV | - Wifi | - Mise à disposition du téléphone |
| - Sud-ouest du lundi au samedi | - Magazine hebdo | - Jeux (sudoku, mots mêlés...) |
| | - Bouteille d'eau d'accueil 50 cl | |

Tarif 2 : 110,00 € : 4 chambres (selon disponibilité) (option non couverte par les mutuelles adhérentes à la MFP)

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| - Bouquet TV | - Wifi | - Mise à disposition du téléphone |
| - Sud-ouest du lundi au samedi | - Magazine hebdo | - Jeux (sudoku, mot mêlés...) |
| - Trousseau d'accueil +-bouteille d'eau 50 cl | - Kit serviette (grande/petite + tapis de bain) | |
| - Frigo | - Repose bagage | - Sèche-cheveux |

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

- Télévision : 3,50 € par jour
- Wifi : 0,56 € par jour
- Forfait mise à disposition du téléphone : 7,00 €
- Taxe téléphonique : 0,19 €
- Photocopie : 0,25 €
- Caution téléviseur : 85,00 €
- Caution clef de chambre : 30,00 €
- Caution internet : 16,00 €
- Caution sèche-cheveux : 30,00 €

ACCOMPAGNANT

- Déjeuner : 14,00 €
- Dîner : 11,00 €
- Lit normal + petit déjeuner : 27,00 €
- Lit pliant + petit déjeuner : 19,00 €
- Accompagnant lit normal + 3 repas : 52,00 €
- Accompagnant lit pliant + 3 repas : 44,00 €

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Volet Médical

A remplir par le médecin (traitant ou spécialiste) et mettre sous pli confidentiel si vous le souhaitez

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : /_/_/___/___/___/

Poids : _____ Taille : _____

Régime : Oui Non Lequel : _____

Allergies : _____

BMR : Oui Non Laquelle : _____

PREMIER SEJOUR EN REEDUCATION RESPIRATOIRE : Oui Non

Diagnostic principal : _____

Histoire clinique : _____

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux (préciser dates) :

Antécédents médicaux récents (< 3 mois) : _____

Vous orientez votre patient vers un programme de réhabilitation respiratoire associant une rééducation respiratoire, une réadaptation à l'effort, une prise en charge des comorbidités et une éducation thérapeutique.

1) Quel est l'objectif principal de ce séjour en réadaptation ?

2) Parmi les objectifs de prise en charge ci-dessous, pourriez-vous nous préciser ceux qui vous paraissent prioritaires ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabagique | <input type="checkbox"/> Prise en charge diététique |
| <input type="checkbox"/> Prévention des exacerbations | <input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique |
| <input type="checkbox"/> Education à un appareillage (O2 / VNI) | <input type="checkbox"/> Prise en charge sociale |
| <input type="checkbox"/> Education à l'activité physique | <input type="checkbox"/> Rédaction de directives anticipées |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'un syndrome d'apnée du sommeil | |

TRAITEMENTS EN COURS

Copie de la dernière ordonnance obligatoire pour l'étude du dossier

Traitements particuliers (coûteux) ou injectables :

STATUT VACCINAL COVID – 19

Nom du vaccin : _____

Date 1^{ère} injection /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Date 2^{ème} injection /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Date 3^{ème} injection /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Date 4^{ème} injection /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

APPAREILLAGE MEDICAL

Oxygénothérapie : fixe déambulation Ventilation : Oui Non

Trachéotomie : Oui Non Stomie ou sonde : Oui Non

Fauteuil roulant : Oui Non Autre (préciser) : _____

Déambulateur : Oui Non

PRISE EN CHARGE AU DOMICILE

Kinésithérapie respiratoire : Oui (Nom du kiné : _____) Non

Activité physique en structure : Oui (Nom de la structure : _____) Non

AUTONOMIE

Hygiène :

Toilette : Sans aide Aide partielle Avec aide

Habillage : Sans aide Aide partielle Avec aide

Alimentation : Sans aide Aide partielle Avec aide

Déplacements : Sans aide Aide partielle Avec aide

Aides à domicile :

IDE : Oui Non

Autres : Oui Non Si oui, précisez : _____

Utilisation régulière de matériel informatique à domicile (tablette, ordinateur) : Oui Non

DEVENIR

Retour à domicile : Oui Non Autre (préciser) : _____

Signature et cachet du médecin :

Date : /__ /__ /__ /__ /__ /__ /

Cadre réservé à Toki-Eder

Avis de la commission médicale : accord
Refus

Date et signature du médecin :

FICHE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

La **PERSONNE DE CONFIANCE** est capable :

- de vous aider à prendre une décision concernant vos soins,
- de partager le secret médical,
- de vous accompagner lors de vos démarches ou entretiens médicaux,
- d'être détentrice de vos directives anticipées si vous les avez rédigées.

Dans le cas où vous seriez dans l'incapacité de prendre une décision ou de recevoir l'information, l'équipe médicale fera appel à cette personne pour déterminer la conduite à tenir. Cette personne de confiance doit être majeure et peut être un proche, un membre de votre famille, votre médecin traitant. Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisie et de vous assurer de son accord.

La **PERSONNE A PREVENIR** est appelée à votre demande en cas de modification de votre séjour (sortie, transfert...).

La personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

Je soussigné(e), Monsieur Madame
Nom de naissance Nom d'usage
Prénom(s) Date de naissance
Adresse
Tel. : /

Admis(e) au sein du Centre Médical Toki Eder en vue d'une hospitalisation

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à informer, par écrit, l'établissement.

Je souhaite désigner comme personne de confiance

Monsieur Madame
Nom :
Prénom(s) :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone(s) :

Cette personne de confiance, légalement capable, est (lien de parenté ou autre) :

- => Je lui ai fait part de mes directives anticipées OUI NON
=> Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées OUI NON

Patient(e) dans l'impossibilité de désigner une personne de confiance

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer, par écrit, l'établissement

Fait à, le Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je certifie avoir été informé(e) de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à, le Signature