DOSSIER DE PREADMISSION MEDICALE

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 27 27 Mail : service.admission@cliniquevernhes.fr
Site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez être hospitalisé(e) au sein de la Clinique du Château de Vernhes.

Les praticiens, l'ensemble du personnel et la Direction vous remercient de votre confiance.

Afin de vérifier l'adéquation de votre demande d'hospitalisation en regard avec la prise en charge que nous proposons dans l'établissement, vous devrez **compléter** avec votre médecin prescripteur la « Fiche de préadmission médicale » ci-jointe et nous renvoyer tous les éléments demandés afin que nous puissions enregistrer votre demande.

Le dossier médical de préadmission doit contenir :

☐ **La Fiche de préadmission médicale** remplie, datée, signée et tamponnée par votre médecin prescripteur

☐**La copie des ordonnances** de vos traitements médicaux en cours (moins de 3 mois)

☐ **La copie recto/verso de votre carte d'identité**
☐ **La copie de votre carte mutuelle en cours de validité ou attestation CSS en cours de validité**

CHOIX DE CHAMBRE :

☐ **Je souhaite une chambre double (aucun supplément)**

☐ **Je souhaite une chambre particulière et m'engage à régler les éventuels suppléments restant à ma charge** (A noter que nous ne pouvons garantir une chambre particulière le jour de votre arrivée. Nous mettrons tout en œuvre pour satisfaire votre demande dans les plus brefs délais)

☐ **Je souhaite impérativement une chambre particulière et je suis prêt(e) à modifier ma date d'entrée**

☐ **Je suis bénéficiaire de la CSS (Complémentaire Santé Solidaire) et je m'engage à régler le montant de la chambre Particulière si je la demande**

MERCI de retourner ce dossier de préadmission médicale **complet** soit :

- par retour de mail depuis « Mon Espace Santé »
- par mail : service.admission@cliniquevernhes.fr
- par courrier, à l'adresse suivante :

Service d'admission - Clinique du Château de Vernhes,
1206 Route de Villemur 31340 BONDIGOUX

Le secrétariat vous contactera afin de programmer avec vous une date d'entrée, après validation de la fiche médicale par nos médecins et les cadres de santé de l'établissement.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à vous prendre en charge dans les meilleures conditions possibles. Les destinataires des données sont des professionnels soumis au secret médical.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la direction de la Clinique du Château de Vernhes.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

CLINIQUE VERNHES BONDIGOUX

Fiche de préadmission médicale

A compléter obligatoirement par le patient et médecin prescripteur du séjour

A compléter par le patient

Nom : ..... **Nom de naissance :** .....

Prénom : ..... **Sexe :** ☐ **M** ☐ **F**

Date de naissance : ..... **N°SS :** .....

Adresse : .....**CP / Ville** : .....

Mail : ..... **Téléphone** : .....

Médecin prescripteur : ..... Téléphone du Médecin : .....

Déjà venu(e) dans l'établissement : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : Médecin qui vous a suivi lors du dernier séjour : ..... Date du dernier séjour : .....

A renseigner obligatoirement : 100% ALD ☐ **Oui : motif**.....

☐ **Non**

A compléter par le médecin prescripteur

Motif d'hospitalisation : .....

Secteur souhaité : ☐ Soins de suite ☐ Nutrition Hospitalisation complète ☐ Nutrition Hospitalisation de jour
☐ Nutrition Trouble du sommeil et du rythme circadien

Pathologies associées : .....

.....

(Merci de joindre une lettre spécifiant la demande)

Etat Clinique : (mentions à remplir pour validation de la demande)

Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Soins d'hygiène :	☐ Autonome	☐ Aide Partielle	☐ Dépendant	
Elimination :	☐ Autonome	☐ Aide Partielle	☐ Dépendant sonde urinaire	Stomie : .....
Alimentation :	☐ Autonome	☐ Aide Partielle	☐ Dépendant alim entérale	☐ Alim parentérale
Respiration :	☐ Autonome	☐ Oxygénothérapie	☐ Trachéotomie	☐ App apnée sommeil (CPAP ou VNI)
Mobilisation :	☐ Autonome	☐ Aide Partielle	☐ Dépendant	
		☐ Béquille, canne	☐ Déambulateur	☐ Fauteuil roulant

Troubles du comportement **:** ☐ Oui : à préciser..... ☐ Non

Le patient est apte à vivre en collectivité : ☐ Oui ☐ Non : à préciser .....

Plaies (préciser type, germe et localisation) : .....

Allergie(s), y compris alimentaires : .....

Projet médical : .....

Projet social (devenir – démarches en cours) : .....

.....

Présence d'un traitement : ☐ **Non** ☐ **Oui : si oui, fournir obligatoirement la copie des ordonnances en cours**

Médecin prescripteur : **Dr : .....**

Mail : .....

Tel : .....

Date : .....

Signature et Cachet :