DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Hospitalisation de Jour

Clinique du Château de Vernhes
Tél : 05 61 37 29 40 Mail : service.hdj@cliniquevernhes.fr
Site internet : www.cliniquebondigoux.fr

Madame, 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, nous vous remercions de **nous fournir les pièces** indiquées ci-dessous et de **compléter** les documents ci joints :

PIECES A RETOURNER OBLIGATOIREMENT :

☐ **Formulaire N°1** : **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)

❒ **Formulaire N°2** : **Fiche administrative** à compléter recto-verso
Nous vous remercions d'indiquer précisément les coordonnées (noms, adresses, n° de téléphone et fax) de vos proches et de vos médecins, indispensables en cas de problèmes graves liés à votre état de santé.

☐ **La copie recto/verso de votre carte d'identité (ou passeport)**

❒ La copie de **l'attestation de la sécurité sociale**

☐ **La copie Recto/Verso de votre carte mutuelle en cours de validité ou attestation CSS**

❒ **Formulaire N°3 : Désignation de la personne de confiance**
Très Important : Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, celle-ci devra obligatoirement signer ce document. En l'absence de sa signature, ce document ne sera pas conforme.
Merci de compléter et de signer ce document, même si vous ne souhaitez pas désigner une personne de confiance.

❒ **Formulaire N°4 : Engagement à suivre la règlementation concernant la substitution des traitements**

❒ **Formulaire N°5 : Autorisation d'accès aux informations de santé**

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

- par retour de mail depuis « Mon Espace Santé »
- par mail : **service.hdj@cliniquevernhes.fr**
- par courrier, à l'adresse suivante : **Service d'Hospitalisation de Jour – Clinique du Château de Vernhes 1206 Route de Villemur 31340 BONDIGOUX**

En cas de dossier **incomplet,** votre demande ne pourra être traitée.

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER

I. AVANT L'ADMISSION :

1. Vous devez vous renseigner sur les conditions de prise en charge auprès de votre mutuelle

- **L'établissement est conventionné par la sécurité sociale. Néanmoins, certains frais peuvent rester à votre charge ou celle de votre mutuelle :**
  - 20% des frais de séjour (= ticket modérateur)

- **Il est donc impératif de connaître vos droits et d'obtenir une garantie écrite de la part de votre mutuelle avant votre admission en fournissant les informations suivantes :**
  - Numéro FINESS de l'établissement : 310780374
  - Le secteur d'hospitalisation : Hospitalisation de Jour SSR Affection des Systèmes digestif, métabolique et endocrinien (DMT 526)

Cette démarche est inutile pour les mutuelles de la Fonction Publique.

II. LE JOUR DE L'ENTREE :

Vous devez vous présenter au Bureau des Entrées avec les originaux suivants :

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS :

- Votre carte vitale,
- Votre carte mutuelle ou attestation justifiant de l'CSS (Complémentaire Santé Solidaire),
- Votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport)
- Le livret de famille si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur date de naissance) ou une copie du jugement justifiant le changement de nom



DOCUMENTS MEDICAUX pour le médecin :

- Vos ordonnances en cours (médecin généraliste et spécialistes)
- Les comptes rendus de vos dernières consultations médicales (cardiologie, angiologie, neurologie, ophtalmologie etc.)
- Les derniers comptes rendus d'hospitalisation
- Les résultats de biologie datant de moins de 3 mois
- Les derniers résultats d'imagerie

Vous devez prévoir:

- Une tenue de sport avec chaussures adéquates afin de participer aux différentes activités
- Un bloc-notes
- Un stylo
- Une pochette afin de ranger les documents

DOCUMENT D'INFORMATION A CONSERVER

TARIFS AU 01/01/2026

(Annexe financière ARS n° 2026-1166 du 02/03/2026 applicable au 01/01/2026)
(sous réserve d'un changement de tarifs avant ou pendant votre séjour)

Secteur HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL DE JOUR (DMT 526) HDJ DIGESTIF - OBESITE	Tarif général	Dont reste à charge de la mutuelle ou du patient
T.N.J.P (Tarif Journalier des Prestations)	168.78 € / jour	33.76 € / jour
G.M.T (Groupe Médico-Tarifaire) Selon pathologies associées	Montant variable	-

Notre établissement a signé un contrat avec la Sécurité Sociale permettant une prise en charge des soins aux tarifs conventionnés.
Toutefois, certaines prestations impliquent des suppléments qui peuvent être pris en charge totalement ou partiellement par votre mutuelle.
Renseignez-vous auprès de celle-ci.

Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peux vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins.

Transports :

Si vous avez un véhicule, un parking est à votre disposition à l'entrée de l'établissement, le deuxième parking étant strictement réservé au personnel.
Si vous avez une carte de stationnement pour personne handicapée, des places vous sont réservées (voir à la réception).

Si votre état de santé le nécessite, le médecin prescripteur de votre séjour pourra vous prescrire un transport médicalisé. Une demande d'entente préalable de transport, valant prescription médicale, doit être établie pour 10 séances d'hospitalisation de jour pour l'aller et le retour.

Le choix du type du véhicule (taxi, Véhicule sanitaire Léger, ambulance) sera prescrit par votre médecin.
Vous avez le choix de la société de transport mais assurez-vous qu'il s'agit bien d'une société agréée pour les transports médicalisés (Liste à consulter sur le site : www.ameli.fr).

Vous devez conserver le volet 3 de cette demande et en faire une copie : le volet 3 devra être remis au transporteur et la copie à la clinique.
Les autres volets doivent être envoyés à votre Caisse de Sécurité Sociale dès que vous aurez obtenu une date d'entrée prévisionnelle.
S'il n'y a pas de refus sous 15 jours, la Caisse indique que « l'absence de réponse sous 15 jours, vaut accord » ou si vous recevez un accord, merci de nous l'adresser.

Sécurité des biens et protection des données

Lors de votre séjour nous vous demandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur. En effet, suivant le Décret n° 93-550 du 27 mars 1993 portant application de la loi n° 92-614 du 6 juillet 1992 : « l'établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte ou sur le parking de l'établissement.»

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'ensemble des informations relatives à notre établissement directement sur notre site internet : www.cliniquebondigoux.fr

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.

Fiche de préadmission médicale

A compléter obligatoirement par le patient et le **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 :

Formulaire n°2 - A RENVOYER

CLINIQUE VERNHES BONDIGOUX

Fiche administrative

(A compléter recto et verso)

NOM D'USAGE : ..... **SEXE :** ☐ **M** ☐ **F**

NOM DE NAISSANCE: .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

Situation Familiale : ..... **Nationalité :** .....

Situation Professionnelle :.....

Votre Adresse : .....

Code Postal : ..... **Ville :** .....

Téléphone : ..... **Portable :** .....

Mail : .....

POSITION JURIDIQUE ☐ **SOUS TUTELLE** ☐ **SOUS CURATELLE**

NOM ET ADRESSE : .....

SI CE N'EST PAS LE PATIENT QUI REGLE LES FACTURES, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS LES COORDONNEES :

Nom : ..... **Prénom :** .....

Votre Adresse : .....

Code Postal : ..... **Ville :** .....

Téléphone : ..... **Portable :** .....

Adresse mail : .....

Qualité : .....

COORDONNEES DES PERSONNES A PREVENIR (à renseigner obligatoirement)

Nom, Prénom, Lien de Parenté	Adresse	Téléphone
....	....	....
....	....	....
....	....	....

MEDECIN TRAITANT : Nom : …… Prénom: ……

Adresse complète : ……

Téléphone : …… Fax : …… Mail : ……

Autres médecins spécialistes (compléter par nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone, mail) :

……

……

……

……

COORDONNEES DE VOTRE PHARMACIE : Nom : …… Téléphone : ……

Code postal : …… Ville : ……

DATE : ……

SIGNATURE : ……

CLINIQUE VERNHES BONDIGOUX

Formulaire de désignation de la Personne de Confiance

(Au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

QUI EST-CE ?

Toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle peut être désignée. Ce n'est pas forcément quelqu'un de votre famille.

QUELLES SONT LES MISSIONS ?

Vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos rendez-vous médicaux. Être consulté par les médecins pour rendre compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être vous-même consulté.

COMMENT LA DESIGNER ?

Par écrit sur un formulaire ou papier libre. La personne de confiance doit accepter et signer le document la désignant.

QUAND ?

A l'admission, lors de l'entrée en hospitalisation ou au cours de l'hospitalisation.

A savoir: La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment.

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance :

.....

.....

☐ **Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance**

☐ **Je souhaite désigner la personne de confiance ci-dessous en remplissant ses coordonnées :**

- Nom, prénoms : .....
- Adresse : .....
- Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....
- Téléphone portable : .....
- E-mail : .....

☐ **J'ai informé ma personne de confiance de son rôle et de ses missions**

Fait à : ..... Le : .....

Signature : Signature de la personne de confiance (**obligatoire**) :

LES DIRECTIVES ANTICIPEES

QU'EST-CE ?

Une déclaration écrite pour préciser ses souhaits concernant sa fin de vie

QUI ?

Toute personne majeure (Malade ou non)
La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge

QUAND ?

A n'importe quel moment de sa vie

POURQUOI ?

Elles aideront les médecins, le moment venu, à prendre leurs décisions sur les soins à donner, si la personne ne peut plus exprimer ses volontés

QUI DOIT ÊTRE MIS AU COURANT ?

Le médecin traitant, la personne de confiance ou la famille

OU PEUT-ON LES CONSERVER ?

Dans Mon Espace Santé (www.monespacesante.fr), les faire passer au médecin traitant, ou à la personne de confiance

DUREE DE VALIDITE ?

Durée illimitée, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées

Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance :

……

……

J'ai écrit mes directives anticipées :

❒ OUI, je les présente au médecin responsable de mon séjour le jour de mon arrivée

☐ NON

Fait à : …… Le : ……

Signature :

CLINIQUE VERNHES
BONDIGOUX

AU 1er JANVIER 2020

Nouvelle règlementation pour **LA SUBSTITUTION** par les médicaments génériques



Formulaire n°4 - A RENVOYER



Engagement à suivre la réglementation concernant la substitution des traitements

(MTE) PRESCRIPTION DE MEDICAMENT A MARGE THERAPEUTIQUE ETROITE :

Lorsque le patient est stabilisé avec un médicament bien précis.

(**Médicaments concernés :** Lamotrigine, Prégabaline, Zonisamide, Lévétiracétam, Topiramate, Valproate de Sodium, Lévothyroxine, Mycophénolate Mofetil, Buprénorphine, Azathioprine, Ciclosporine, Everolimus, Mycophénolate Sodique)

(CIF) CONTRE INDICATION FORMELLE ET DEMONTREE :

En cas d'allergie à un excipient (substance) présent dans le médicament.

Depuis le 1er janvier 2020, la réglementation pour la substitution des traitements a évolué et exige que la mention « non substituable » soit motivée et justifiée UNIQUEMENT par l'un des deux motifs ci-dessous.

En dehors de ces deux cas, la non substitution ne sera pas acceptée.

Par ailleurs, vos traitements personnels apportés depuis votre domicile doivent respecter le conditionnement suivant :

- Etre dans les **boîtes et blisters** d'origine comprenant le **numéro de lot** et la **date de péremption.**
- **Les piluliers avec des comprimés en vrac ne seront pas acceptés !**





Je soussigné(e) nom, prénom, date et lieu de naissance :

……

……

Reconnais :

- Avoir pris connaissance de la réglementation concernant la substitution des traitements

ET

- M'engage à la respecter

Fait à : …… Le : ……

Signature :

Formulaire n°5 - A RENVOYER

CLINIQUE VERNHES
BONDIGOUX

Autorisation d'accès aux informations de santé

Je soussigné(e), Mme / Mlle / M. (NOM, Prénom) ……

Né(e) le : …… à ……

Domicilié(e) : ……

……

Téléphone : ……

S'agissant de l'accès à mon dossier patient :

☐ J'accepte ☐ Je refuse

que les informations concernant ma santé soient transmises aux médecins assurant mon suivi**.**

☐ J'accepte ☐ Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises à :

☐ **à mes proches** ☐ **à mes ayants droits en cas de décès.**

ou (dans les deux cas) à certains d'entre eux (précisez Noms et coordonnées) :

……

……

……

……

ATTENTION : Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détiens et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs).

☐L'état de santé du patient ne lui permet pas de signer ce document

Fait à : …… Le : ……

Signature :