

DOSSIER D' ADMISSION

Madame, Monsieur

Vous faite une demande d'admission à La Clinique les Bruyères pour une hospitalisation complète de 6 semaines.

Voici les éléments que doit comporter votre dossier :

- Un volet administratif**
- Un volet médical rempli par le médecin à nous retourner , accompagné d'une prescription médicale pour la cure**
- Un Bilan sanguin de moins de 1 mois**
- Une photocopie de votre carte vitale ou de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité à la date d'hospitalisation.**
- Une photocopie de votre carte de mutuelle ou de votre attestation CMUC en cours de validité à la date d'hospitalisation.**
- Une photocopie de votre pièce d'identité**

VOIET ADMINISTRATIF ET SOCIAL

PATIENT :

NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

DATE DE NAISSANCE:.././... LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE : .././.././.././..

PORTABLE : .././.././.././..

E-mail :

Je suis* : propriétaire – locataire – en foyer – sans domicile – hébergé(e) (préciser)

SITUATION FAMILIALE* : Marié(e) – Divorcé(e) – Célibataire – Concubinage – Veuf(ve) :

NOMBRE D'ENFANTS :

EMPLOI :

En arrêt de travail depuis le : ou longue maladie depuis le

En invalidité depuis le *

RESSOURCES :

- Salaire
- Indemnités journalières
- Assedic
- RSA
- AAH
- Retraite

MEDECIN TRAITANT REFERENT :

Nom et adresse :

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

• : barrer la mention inutile

CENTRE DE SECURITE SOCIALE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

CENTRE ET ADRESSE :

Code postal :

Ville : :

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE :

NOM ET ADRESSE :

Code postal : Ville :

Téléphone :

LA PRISE EN CHARGE DE VOS FRAIS D'HOSPITALISATION

Le ticket modérateur (20% du tarif journalier par journée d'hospitalisation) et le forfait journalier sont pris en charge par votre complémentaire santé (mutuelle ou CMUC), à défaut il resteront à votre charge

La chambre individuelle :

La clinique dispose de chambres individuelles dont certaines équipées d'un téléviseur.

Si vous bénéficiez d'une mutuelle, l'obtention de la chambre individuelle se fera en fonction de l'accord de cette dernière et sur la base du nombre de jours accordés . Nous vous conseillons de contacter votre organisme complémentaire avant votre hospitalisation pour obtenir ces informations (notre code activité est DMT 214) et nous les retourner le plus vite possible.

Si vous ne bénéficiez pas d'une prise en charge mutuelle, le montant du supplément chambre individuelle sera à votre charge : soit 25 € par nuit auquel pourra s'ajouter le forfait télévision (60 € pour un séjour de 6 semaines).

La CMUC ne couvre jamais le supplément chambre individuelle.

Je demande à bénéficier d'une chambre individuelle, le supplément sera pris en charge par :

- Ma mutuelle**
- Moi même**

SIGNATURE du patient :

**Dossier rempli le :
patient)**

par :

(lien aec le

RENSEIGNEMENTS A L'ATTENTION DES MALADES

DUREE DE L'HOSPITALISATION : 6 semaines

REPAS (se munir d'une serviette de table) :

- Petit déjeuner : 8H00
- Déjeuner : 12H00
- Diner : 18H45

VISITES :

Du LUNDI au VENDREDI : de 16H30 à 18H30
SAMEDI, DIMANCHE et JOURS FERIES : de 14H00 à 18H30 (*Nous vous conseillons de limiter le nombre de visites les 10 premiers jours*)

Nous vous rappelons que lors des visites, les enfants restent sous la responsabilité et la surveillance de la famille.

TELEPHONE :

Les téléphones portables sont autorisés sauf pendant les activités.

Vous pouvez vous faire appeler aux horaires suivants :

- 08H00 à 08H30
- 12H00 à 13H15
- 17H00 à 18H00- 19H15 à 20H30

Pensez aux autres patients et limitez vos communications à 3 MINUTES.

HORAIRES DE SORTIES :

Les sorties sont autorisées après 10 JOURS de PRESENCE.

Du LUNDI au VENDREDI de 16H30 à 18H30.

Le SAMEDI de 14H00 à 18H00

DIMANCHE et JOURS FERIES de 09H00 à 18H00 (accompagné).

IL EST FORTEMENT DECONSEILLE DE VENIR AVEC SON PROPRE VEHICULE, EN PAREIL CAS LES CLEFS SERONT CONSERVEES A L'INFIRMERIE

DIVERS :

LES PARFUMS, EAUX DE TOILETTE, AINSI QUE TOUT PRODUIT A BASE D'ALCOOL NE SONT PAS AUTORISES DANS L'ETABLISSEMENT.

SE MUNIR D'UN NECESSAIRE DE TOILETTE (peigne, savon, brosse à dents, serviettes...). Pour des raisons d'hygiène, nous vous recommandons de ne pas prêter vos affaires de toilette.

PREVOIR POUR LES ACTIVITES PHYSIQUES UNE TENUE DE SPORT LEGERE (jogging, baskets...).

IL EST STRICTEMENT INTERDIT DE LAVER SON LINGE DANS LES CHAMBRES (Une laverie est à votre disposition).

Un distributeur de boissons est à votre disposition.

AUTORISATIONS DE SORTIE : Avec un accompagnant les DIMANCHES et JOURS FERIES de 09H00 à 18H00.

PREVOIR UN CADENAS POUR VOTRE ARMOIRE

UNE TENUE VESTIMENTAIRE DECENTE EST REQUISE TOUT AU LONG DU SEJOUR.

L'usage des cigarettes électroniques est interdit à l'intérieur des locaux de l'établissement.

Les patients placés en chambre particulière prise en charge par leur complémentaire santé, pourront - si la chambre est équipée- disposer d'un téléviseur (inclus dans le forfait chambre particulière), merci de prévoir un dépôt de garantie de 150 € en chèque ou espèces.

Pour les téléviseurs installés en chambre double, une participation de 60 € est demandée pour l'ensemble du séjour pour les personnes qui le souhaitent.

Demander au laboratoire de faxer les résultats au 03/27/91/10/62 svp

A REMETTRE AU MEDECIN TRAITANT

Chère Consœur, Cher Confrère,

Voudriez-vous faire effectuer le bilan biologique suivant, avant l'admission de votre patient dans notre établissement :

- NF avec plaquettes
- TRIGLYCERIDES
- CHOLESTEROL
- GLYCEMIE

- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP

En cas d'antécédents de consommation de toxiques (tels que cannabis, opiacés, héroïne, amphétamines ...) ou pour les patients avec traitement de substitution actuel ou ancien, merci de prescrire : toxiques urinaires avec contrôle d'identité.

Veillez croire, Chère Consœur, Cher Confrère, en l'assurance de notre parfaite considération.

Docteur Florence HAY

Docteur Barbara DEVIGNES

**CLINIQUE LES BRUYERES
53 RUE DE DOUAI
59165 AUBERCHICOURT**

**Tél. : 03.27.90.37.37
Fax : 03.27.91.10.62
Fax (médical) : 03.27.90.00.61**

**Docteur HAY Florence
Médecin**

**Docteur DEVIGNES Barbara
Médecin**

**GERVAIS Fabienne
Psychologue clinicienne**

**CHUDOBA Shirley
Psychologue clinicienne**

Etat général :

Poids :

Taille :

TA:

Cœur : _____
Poumons : _____
Système nerveux : _____
Appareil Digestif : _____
Appareil Génito -urinaire : _____
Appareil Locomoteur : _____

V Traitement en cours :

<i>Dénomination</i>	<i>Posologie</i>	<i>date début et date fin</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

VI Suivi actuel du patient :

(si oui merci de noter les coordonnées)

Psychiatre : _____
Psychologue : _____
Centre d'alcoologie : _____
Autre: _____

VII Projet thérapeutique et projet à la sortie

Situation professionnelle actuelle : Emploi - En recherche - Autre : _____
Suivi Médical : _____
Suivi Alcoologique : _____
Suivi psychologique : _____
Accompagnement social : _____

Post-cure envisagée à la sortie ? non
 oui Date : _____
Coordonnées de l'établissement retenu : _____
Dossier déjà préparé ? Oui non

Hébergement à la sortie : Domicile - Famille - Foyer - Autre : _____

Numéro de téléphone du praticien
pouvant être joint : _____
_____/_____/_____/_____/_____
Date, cachet et signature du médecin:

Tel : 03.27.90.37.37 - Fax : 03.27.91.10.62 - Courriel : admissions.bruyeres@free.fr

Réservé au service : Acceptation Refus FH Refus BD Motivation refus :