

## 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 (voir page 6).**
- ❑ **Une photocopie de votre attestation de sécurité sociale en cours de validité à la date d'hospitalisation.**
- ❑ **Une photocopie RECTO-VERSO 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.**

## RENSEIGNEMENTS A L'ATTENTION DES MALADES

**LA DUREE DE L'HOSPITALISATION** : 6 semaines

**LES REPAS** :

- |                     |         |                                       |         |
|---------------------|---------|---------------------------------------|---------|
| - le Petit déjeuner | : 8H00  | - la Collation (du mardi au vendredi) | : 16H30 |
| - le Déjeuner       | : 12H00 | - le Dîner                            | : 19H30 |

**LES VISITES** :

Les visites ont été suspendues pendant toute la période du confinement.

Pendant la période de sortie de confinement, les visites sont possibles uniquement sur RDV, sur des temps limités à 1 heure, avec 2 personnes au maximum. Les visites des enfants de moins de 16 ans ne sont pas autorisées et sont fortement déconseillées aux personnes vulnérables et fragiles.

**LE TELEPHONE** :

Les téléphones portables sont autorisés sauf pendant les activités.

Vous pouvez vous faire appeler sur le poste fixe de la Clinique, aux horaires suivants :

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

**Pensez aux autres patients et limitez vos communications à 5 minutes.**

## **LES SORTIES**

Des sorties en groupe encadrées sont organisées sur les jours ouvrés et sont reprises sur votre planning.

Ces sorties vous permettrons de retirer de l'argent à la Poste, d'effectuer des achats au supermarché ainsi qu'au bureau de tabac.

Aucune sortie n'est possible le week-end et les jours fériés.

Seules des démarches ou des rendez-vous justifiés, présentant un intérêt pour votre prise en charge, permettrons une sortie individuelle. Aucune nuitée à l'extérieur de la clinique ne sera accordée.

## **DIVERS :**

Vous n'êtes pas autorisé à venir avec votre véhicule le jour de l'entrée.

Les parfums, eaux de toilette, bains de bouche ainsi que tout produit alimentaire contenant de l'alcool ou du vinaigre ne sont pas autorisés dans l'établissement. (Ils seront remis à l'infirmier(ère) le jour de votre arrivée.).

Merci de vous munir d'un nécessaire de toilette, y compris des serviettes. Pour des raisons d'hygiène, nous vous recommandons de ne pas prêter vos affaires de toilette.

Merci de prévoir une tenue adaptée pour les activités physiques (jogging, baskets...).

Il est strictement interdit de laver son linge dans les chambres (Une laverie est à votre disposition). Il est interdit de pendre son linge aux fenêtres.

Merci de prévoir une tenu vestimentaire décente tout au long de votre séjour.

**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 BUCUR Camélia  
Médecin**

**GERVAIS Fabienne  
Psychologue clinicienne**

**CHUDOBA Shirley  
Psychologue clinicienne**

**POIRET Valentine  
Psychologue clinicienne**

## VOLET 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)  Pacsé(e)

### NOMBRE D'ENFANTS :

EMPLOI : .....  Retraité  Sans activité

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 :

.....

.....

.....

### MESURE DE PROTECTION:

Tutelle  Curatelle  Mesure en cours

Noms du tuteur ou curateur : ..... Téléphone : ...../...../...../.....

CENTRE DE SECURITE SOCIALE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

CENTRE ET ADRESSE : .....

Code postal : ...../...../...../...../...../..... Ville : .....

ALD :  Oui  Non

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 ils resteront à votre charge

La chambre individuelle :

La clinique dispose de chambres individuelles dont certaines équipées d'un téléviseur. L'accès aux chambres individuelles se fait en fonction de la validité de votre prise en charge mutuelle et de nos disponibilités (auquel cas vous y accéderiez dès libération).

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 : à partir de 50 € par nuit auquel pourra s'ajouter le forfait télévision (60 €, limité à 3 mois).

**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 :

Pour une réception plus rapide des éléments, vous pouvez demander au laboratoire de nous **faxer directement les résultats au 03.27.91.10.62.**

***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
- EAL
- GLYCEMIE
- Ionogramme sanguin
- Urée, créatinine, clearance créatinine
- TP
- GAMMA GT
- TGO
- TGP
- Dosage des toxiques urinaires (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).

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

**Docteur Florence HAY**

**Docteur Camélia BUCUR**



Etat général :                      Poids :                      Taille :                      TA:

Cœur : \_\_\_\_\_  
Poumons : \_\_\_\_\_  
Système nerveux : \_\_\_\_\_  
Appareil Digestif : \_\_\_\_\_  
Appareil Génito -urinaire : \_\_\_\_\_  
Appareil Locomoteur : \_\_\_\_\_

**V** Traitement en cours :

Dénomination	Posologie	date début et date fin
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**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 BC  Refus BC  Acceptation MR  Refus MR    Motivation refus : \_\_\_\_\_