



CLINIQUE SMR LES TERRASSES

DOSSIER DE PRE-ADMISSION



18 rue du Dr Constant COLBERT – 64250 CAMBO-LES-BAINS

Tel : 05.59.93.70.00 – Fax : 05.59.93.70.99

Courriel : secretariat@clinique-terrasses.fr – Site web : www.clinique-terrasses.com

L'activité des soins médicaux et de réadaptation (SMR) de la Clinique Les Terrasses comprend des soins médicaux et paramédicaux spécialisés en pneumologie et en soins polyvalents.

Son intervention se situe dans le parcours de soins à destination des patients pouvant souffrir de pathologie chronique respiratoire, de pathologie orthopédique, digestive ou suite à une perte d'autonomie.

Une date d'admission ne peut être donnée qu'après examen du dossier et accord de l'équipe médicale de notre établissement.

Pour ce faire, vous devez remplir ce dossier de pré-admission comportant une partie administrative et une partie médicale (à compléter par votre médecin traitant ou votre médecin spécialiste).

En outre, les éléments suivants sont nécessaires pour obtenir l'**accord administratif** :

- La fiche administrative ;
- L'engagement de règlement de la chambre particulière ;
- La copie de la carte d'identité recto/verso, en cours de validité ;
- La copie de la carte mutuelle recto/verso, en cours de validité ;
- La copie de la carte vitale.



Si vous venez en transport sanitaire pour un trajet de plus de 150km, merci de nous transmettre la photocopie de la demande d'entente préalable, **volet 3**.

Pour l'**accord médical**, merci de fournir les documents suivants :

- Le dossier médical complété par votre médecin traitant ou votre médecin spécialiste ;
- Le double du certificat médical établi par votre médecin ;
- Les comptes rendus médicaux ;
- Les ordonnances et traitements suivis au cours de ces six derniers mois ;
- Les prochaines consultations et rendez-vous programmés ;
- Les derniers résultats de bilan biologique ainsi que d'imagerie ;
- Tous documents médicaux pouvant être utiles pour étudier votre demande.

Le dossier de préadmission est à retourner dûment complété par courrier ou par mail, de préférence sous format PDF.

Tout dossier incomplet fera l'objet d'une demande d'informations complémentaires avant décision d'admission.

Le service des admissions est à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

FICHE ADMINISTRATIVE

IDENTITE DU PATIENT

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date et lieu de naissance : Sexe : H F

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone : Portable : Fixe :

Mail :

Situation matrimoniale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e) Concubinage

Nombre d'enfant :

Nom/coordonnées de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

COUVERTURE SOCIALE

Caisse d'affiliation : CPAM MSA MGEN Autre, préciser :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom de votre Mutuelle :

Chambre individuelle demandée : OUI NON

Chambre particulière prise en charge par la Mutuelle : OUI NON

Si Complémentaire Santé Solidaire (CSS, ex CMU), date de fin de validité :

COORDONNEES DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Nom : Prénom :

Lien avec le patient : Sexe : H F

Adresse :

Code postal : Ville :

N° de téléphone : Portable : Fixe :

Mail :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES


Nom/coordonnées du médecin traitant :

Nom/coordonnées des médecins spécialistes :

Nom/coordonnées de l'infirmier(e) libéral(e) :

Nom/coordonnées de la pharmacie de référence :

Nom/coordonnées de votre ambulance :

Ouverture de  / Dossier médical partagé (DMP) : OUI NON

Gestion du linge dans l'établissement : PATIENT FAMILLE PRESSING (payant)

Gestion de la facturation (télévision, chambre) : PATIENT PERSONNE DE CONFIANCE

Télévision souhaitée (4,50€/jour) : OUI NON

ou Télévision + WIFI (5,50€/ jour) : OUI NON

SITUATION JURIDIQUE

Tutelle Curatelle Habilitation familiale En cours Non concerné

Personne référente :

Nom : Prénom : Sexe : H F

Titre/Fonction :

Téléphone :

Mail :

Période d'admission souhaitée :

Engagement de règlement de la chambre particulière

La Clinique SMR Les Terrasses dispose pour votre confort de chambres individuelles et de quelques chambres doubles. Lors de votre demande de pré-admission, vous pouvez librement choisir de bénéficier d'une chambre particulière dont le tarif est de **53 €** par jour ou d'une chambre double.

La détermination du type de chambre est faite en fonction des disponibilités du service.

Nous vous invitons à vous renseigner auprès de votre mutuelle afin de savoir si celle-ci prendra en charge la chambre particulière, le temps de votre hospitalisation.

La durée moyenne d'un séjour dans notre établissement est de 30 jours.

Les éléments que votre mutuelle pourrait vous demander :

- Code de discipline médico-tarifaire - **DMT : 517** (affections respiratoires)
- Code de discipline médico-tarifaire - **DMT : 519** (affections polyvalentes : toutes pathologies autres que respiratoires)
- **N° FINESS** de la Clinique SMR Les Terrasses : **640780581**

Je choisis d'être hospitalisé(e) en chambre particulière et m'engage à régler les éventuels frais non couverts par ma mutuelle.

J'ai été informé que le montant maximum, en cas d'aucune prise en charge par ma mutuelle, est de 53 euros par jour.

Je n'ai pas fait la demande d'une chambre particulière et je demande à être hospitalisé(e) en chambre double.

Date :

Signature du patient :



CLINIQUE SMR LES TERRASSES DOSSIER DE PRE-ADMISSION



CLINIQUE SMR LES TERRASSES

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Cadre réservé au SMR :

DOSSIER MEDICAL

- A compléter par votre médecin traitant ou votre médecin spécialiste (pneumologue, cardiologue, gériatre...).
- Joindre obligatoirement la copie de l'**ordonnance du traitement en cours et le certificat médical.**
- Tout dossier incomplet fera l'objet d'une demande d'informations complémentaires ou de refus.
- Si transport sanitaire de plus de 150 km : établir une demande d'entente préalable auprès de la caisse d'affiliation du patient avant son séjour **!/ Merci de cocher « Transport ALLER -RETOUR »**

COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR

Nom : Prénom : Sexe : H F

Médecin traitant Médecin spécialiste Préciser la spécialité :

Téléphone : Mail :

Messagerie sécurisée :

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

MOTIF D'ADMISSION EN SMR

.....
.....

PATHOLOGIES ASSOCIEES

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

ANTECEDENTS

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

INFORMATIONS CLINIQUES DU PATIENT

Poids : Taille :

➤ Autonomie actuelle

- Toilette : autonome stimulation aide partielle aide totale
Habillage : autonome stimulation aide partielle aide totale
Transferts : autonome stimulation aide partielle aide totale
 avec aide technique, précisez :
- Marche : autonome stimulation aide partielle aide totale
Aide technique : fauteuil roulant cannes déambulateur
Contenance : continent incontinent protections
 stomie sonde urinaire, matériel fourni pour les premiers jours : oui non

➤ Relation / Communication

- Troubles Cognitifs : oui non Préciser :
Troubles du comportement : oui non Préciser :

➤ Alimentation

- Prise des repas : autonome stimulation aide partielle aide totale
Troubles de la déglutition : oui non
Régime alimentaire :
Texture alimentaire :

➤ Soins particuliers (pansements, trachéotomie, nutrition entérale, etc.)

.....

- Oxygénothérapie : oui non Appareillage du sommeil : oui non
Mesure d'isolement : oui non Isolement BMR : oui non
Vaccination : COVID GRIPPE PNEUMOCOQUE Autre, précisez :
 Complète En cours

CADRE DE VIE (avant l'hospitalisation)

- Au domicile : : En couple Vit seul(e) Autre, précisez :
Entourage : Isolé(e) Entouré(e), par qui ?.....
Aides en place avant l'admission en SMR :
 Auxiliaire de vie IDE SSIAD HAD CMP APA Portage des repas Téléalarme
Mesures de protection juridique : oui non Préciser :

DEVENIR

Retour à domicile Structure médico-sociale Autre, préciser :

Démarches sociales à envisager après le séjour en SMR : oui non

Si oui, préciser :

OBSERVATIONS

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

Période d'admission souhaitée :

Date :

Signature et tampon du médecin adresseur :

PROCEDURE

POUR ETABLIR LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR UNE HOSPITALISATION

1) Le médecin traitant ou le médecin spécialiste, établit un **certificat médical** mentionnant :

MODELE

« Je soussigné(e) Dr [Nom / Prénom du médecin adresseur] certifie que l'état de santé de [Nom / Prénom / Date de naissance du patient] nécessite son hospitalisation à la Clinique SMR LES TERRASSES à Cambo les Bains pour une durée d'un mois en raison de [pathologie/motif d'admission]. Dater et signer »

2) Merci d'adresser ce certificat à la caisse d'assurance maladie du patient.

3) Merci de joindre le double au dossier de pré-admission pour la Clinique SMR Les Terrasses.