Etablissement de Soins de Suite et
de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

PIECES A FOURNIR AVANT L'ADMISSION

Nous retourner les pièces jointes demandées

- ☐ Formulaire administratif de pré admission
- ☐ Formulaire médical de pré admission
- ☐ Réservation de chambre
- ☐ Renseignements complémentaires
- ☐ Désignation de la personne de confiance
- ☐ Contrat d'engagement
- ☐ Avis du cardiologue datant de moins d'un an confirmant l'absence de contre-indication cardiologique à un réentrainement à l'effort (indispensable)

Nous retourner ces documents photocopiés recto-verso

- ☐ Votre carte de mutuelle
- ☐ Votre carte d'identité
- ☐ L'attestation de sécurité sociale à jour de vos droits

Etablissement de Soins de Suite et
de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

Formulaire administratif de préadmission

DOSSIER A ENVOYER Par courrier : La Menaudière - Service des admissions
BP 30009 2, allée de La Menaudière
41401 MONTRICHARD CEDEX
Par Fax 02.54.71.19.22

NOS COORDONNEES

▶ Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23

Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie de la carte de complémentaire
- Copie d'une pièce d'identité

VOS COORDONNEES : Etablissement demandeur ou médecin traitant : .....

Service demandeur : ..... ☎ ..... Fax : .....

Adresse : .....

Mail..... @ .....

PATIENT

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille ..... Profession .....

Date de naissance..... Age..... Situation familiale .....

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non - Habitat de plain-pied : ☐ Oui ☐ Non - Chambre à l'étage : ☐ Oui ☐ Non

Adresse.....

..... ☎ .....

N° sécurité sociale : ..... Caisse sécurité sociale : .....

Mutuelle ☐ Oui ☐ Non Caisse Mutuelle : .....

Protection juridique ☐ Non ☐ Sauvegarde de justice ☐ Curatelle ☐ Tutelle

Personne à prévenir - Nom et prénom ..... ☎ .....

Adresse : .....

Lien avec le patient : .....

SEJOUR DEMANDE

☐ Rééducation fonctionnelle ☐ Soins de suite ☐ Réadaptation alimentaire

Date d'entrée souhaitée : .....

Chambre particulière ☐ Oui ☐ Non
36€ ou 48€ selon votre complémentaire

DEVENIR

☐ Retour à domicile ☐ Institutions : ☐ démarches entreprises ☐ oui ☐ non
par qui : .....

ATTENTION : Pour ***une continuité des soins optimale***, merci de remplir cette fiche de façon ***exhaustive***.
Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit
Prévenir le service en cas d'abandon de la demande

Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation de la Menaudière

FORMULAIRE MEDICAL DE PRÉ-ADMISSION

Nom/Prénom du patient : .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

Si intervention, date :.....

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux : .....

.....

Objectif du séjour : .....

Pronostic : .....

Soins palliatifs ☐ Oui ☐ Non

Possibilités de récupération ☐ Oui ☐ Non

AUTONOMIE

Toilette
- ☐ Seul
- ☐ Aide partielle
- ☐ Complète

Alimentation
- ☐ Seul
- ☐ Avec aide
- ☐ Anorexie
- ☐ Fausse routes
- ☐ Sonde gastrique
- ☐ Haché/mixé

Elimination

Continence urinaire ☐ Oui ☐ Non

☐ Sonde urinaire

Continence fécale ☐ Oui ☐ Non

☐ Stomie

Mobilisation
- ☐ Se lève seul
- ☐ Aide aux transferts
- ☐ Aide totale
- ☐ Aide matérielle lesquelles :
- ☐ Sans appui :.....
- ☐ Décubitus strict

Etat Cutané

☐ Escarres

Localisation .....

☐ Ulcères

Localisation .....

Infection

☐ Oui ☐ Non

Localisation .....

Communication
- ☐ Aphasie
- ☐ Propos incohérents
- ☐ Surdité
- ☐ Malvoyance
- ☐ Cécité

Comportement
- ☐ Désorientation temporo spatiale
- ☐ Agitation
- ☐ Agressivité
- ☐ Risque de fugue

TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Kiné locomotrice

Orthophonie

Oxygène ☐ Oui ☐ Non

REGIME : .....

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

SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : ..... nature : ..... temps :.....

☐ Stomie ☐ Trachéotomie ☐ Aspiration

☐ Autres :

Date de la demande : _ _ / _ _ / _ _ _ _

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

Etablissement de Soins de Suite et
de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

Formulaire réservation chambre

Cocher l'option choisie et nous adresser ce document par retour du courrier.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

☐ **Souhaite une chambre double, sans supplément.**

☐ **Souhaite une chambre particulière avec supplément (36€ ou 48€ par jour selon votre complémentaire), sous réserve de disponibilité à l'entrée.**

La chambre particulière est facturée en cas de permission exceptionnelle

Pour éviter l'avance de ces frais, vous voudrez bien contacter votre complémentaire pour obtenir la prise en charge que vous fournirez à votre entrée.

Dans le cas contraire vous vous acquitterez de cette somme le jour de votre sortie.

Fait à .....

Le .....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Etablissement de Soins de Suite et
de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NOM : **Prénom:** **Age :**

Séjours précédents :

Lieu : Année :

_____

_____

_____

Quelle est votre attente par rapport au séjour que vous demandez :

_____

_____

_____

Taille : *Poids actuel :* *Poids maximum :*

Souffrez-vous de :

- Diabète ☐
- Maladies cardio-vasculaires ☐
- Maladies articulaires et mécaniques ☐
- Respiratoires ☐
- Psychologiques ☐
- Autres (préciser) ☐
- .....

Evaluation de votre autonomie :

Vous déplacez-vous avec une aide

☐ oui ☐ non

Si oui : avec une canne ☐
avec un déambulateur ☐
avec un fauteuil roulant ☐

Avez-vous besoin d'aide pour

la toilette : ☐ non ☐ oui
l'habillage : ☐ non ☐ oui
autre : ☐ non ☐ oui

Autres précisions que vous souhaiteriez apporter : _____

➔ Marchez-vous : ☐ - de 200 m ☐ + de 200 m

Pouvez-vous monter les escaliers ☐ oui ☐ non

Alimentation actuelle : Normale ☐
Régime particulier : _____

Etablissement de Soins de Suite et
de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

ETIQUETTE PATIENT

DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

A L EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.
Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.
La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.

Je soussigné(e), NOM..... PRENOM.....

➔ ☐ Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom :.....Prénom :.....

Adresse :..... Téléphone :.....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

☐ Un parent ☐ Un proche ☐ Mon médecin traitant ☐ Autre....

J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.

➔ ☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à..... Le..... Signature du patient

La prise en charge en Activité Physique :

Par le Service de Rééducation : Education au Reconditionnement Physique

- ✓ Bilans individualisés lors de la première semaine ;
- ✓ Activités de Reconditionnement physique adaptées aux capacités évaluées. Elles ont pour finalités d'améliorer vos capacités d'endurance, d'équilibre, de coordination, de souplesse et de force ;
- ✓ Bilan de sortie avec recommandations personnalisées à la pratique de l'activité physique ;
- ✓ Conseils d'aides techniques pour la vie quotidienne lors d'un atelier animé par une ergothérapeute suivant l'évaluation des besoins par le rééducateur ;

Par le Service Animation

- ✓ Activité marche en groupe pour se dynamiser, se soutenir, reprendre confiance en soi; adaptée aux difficultés de chacun. « Marche Plaisir »

Par un éducateur sportif ou un enseignant en activités physiques adaptées

- ✓ Séance de gymnastique aquatique de 45 minutes, accessible à tous. **Il n'est pas nécessaire de savoir nager.** 5 séances d'aquagym durant le séjour de 21 jours, sauf WE et jours fériés.

Toutes ces informations sont indicatives et peuvent être adaptées en fonction des nécessités de service, et le cas particulier de chacun.

Les Médecins du Service
Docteur HUARD Etienne **Docteur RIPOUTEAU-BOUCHEZ Isabelle**

Je soussigné,.....Le.....déclare avoir pris connaissance de l'organisation du séjour.

Contrat :

Je m'engage à :

- ✓ Adhérer et participer activement au programme thérapeutique proposé,
- ✓ Respecter les horaires des activités et
- ✓ Respecter **la durée du séjour de 3 semaines sans interruption ;**
- ✓ Respecter les consignes d'hygiène pour une vie en collectivité et pour l'accès aux activités (cuisine, bassin, plateau technique) ;
- ✓ Respecter les autres dans leurs différences et leurs particularités ;
- ✓ Ne prendre que le traitement prescrit par le médecin de l'établissement et dispensé par l'infirmière du service, afin de respecter la législation et pour ma sécurité.

Date :.....Signature :.....

Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation de la Menaudière
Groupe MGEN
41400 CHISSAY EN TOURAINE

Contrat d'engagement en réadaptation nutritionnelle

Nous vous proposons une prise en charge pluridisciplinaire à visée éducative, par des intervenants qualifiés, tout au long de votre séjour **de 3 semaines.**
Cette prise en charge nécessite votre adhésion.
Elle est adaptée à vos besoins, vos possibilités et à vos antécédents médicaux.
Un emploi du temps vous sera remis à votre arrivée pour une semaine et sera réajusté pour la deuxième et troisième semaine, en fonction des bilans réalisés.

La prise en charge médicale et paramédicale

Médecin

- ✓ Consultation à l'arrivée puis suivi hebdomadaire jusqu'au bilan de sortie ;
- ✓ Prescription des activités physiques selon les possibilités de chacun ;
- ✓ Apports théoriques sur l'obésité et le diabète ;
- ✓ Consultation spécialisée diabète par un endocrinologue après validation par le médecin du service.

Service infirmier

- ✓ Veuillez venir avec toutes vos ordonnances et votre traitement, encore sous emballage pour une durée de 48H. Pour les produits injectables de type insuline, amenez uniquement les stylos entamés. A votre arrivée, les infirmières récupéreront vos médicaments et vous les rendront à la fin de votre séjour. Nous utiliserons les médicaments de notre pharmacie lors de votre séjour.
- ✓ Evaluation et gestion de la douleur ;
- ✓ Aide dans les gestes de la vie quotidienne (toilette…) si besoin ;
- ✓ Soins infirmiers spécifiques sur prescription médicale (pansements, injections…) ;
- ✓ Éducation thérapeutique du patient diabétique. Votre entourage est cordialement invité à participer aux ateliers (si intéressé, prendre RDV au 02.54.71.19.06)

Psychologue

- ✓ Bilan d'entrée en groupe ;
- ✓ Prise en charge individuelle ;
- ✓ Ateliers échanges/discussion ;

Podologue

- ✓ Apports théoriques sur la prévention des complications du diabète au niveau du pied et conseils podologiques sous forme d'atelier collectif.
- ✓ Bilan de podologie pour les patients diabétiques sur prescription médicale.

Service Diététique : Education Thérapeutique Diététique Obésité

- ✓ <u>Prise en charge diététique individuelle</u> :
  - menu hypocalorique personnalisé,
  - impédancemétrie (évaluation masse grasse),
  - consultations (diagnostic éducatif, objectifs personnalisés)
  - conseils de sortie avec remise de documents

- ✓ <u>Education nutritionnelle en groupe</u> :
  - ateliers de cuisine, (Votre entourage est cordialement invité à participer aux ateliers diététiques (si intéressé, prendre RDV au 02.54.71.15.27)
  - apports théoriques sur la nutrition.