

SSR (orientation en rééducation-réadaptation)		SSR (orientation en cancérologie et soins palliatifs)		SSR polyvalents	
Secrét. Médical :	02.51.45.68.23	Secrét. Médical :	02.51.45.68.15	Secrét. Médical :	02.51.45.68.15
	02.51.45.68.24				
Fax :	02.51.45.68.54	Fax :	02.51.45.68.09	Fax :	02.51.45.68.09

**DEMANDE D'ADMISSION POUR UN SEJOUR EN
SOINS DE SUITE ET READAPTATION (SSR)**

DATE D'ADMISSION SOUHAITEE :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom et Prénom : _____ **Nom de Jeune Fille :** _____

Date et lieu de Naissance : _____

Etat Civil : CELIBATAIRE - MARIE(E) - VEUF(VE) - DIVORCE (E) (rayer les mentions inutiles)

Domicile (adresse complète) : _____

Tél. : _____

Profession : **actif** (préciser votre profession : _____)
 retraité (préciser votre profession antérieure : _____)

Caisse de Sécurité Sociale : _____

Coordonnées de votre médecin traitant : _____

Maladie relevant d'un 100% OUI NON

Si OUI, demande faite par le médecin traitant OUI NON

Caisse de Mutuelle complémentaire OUI NON

Si OUI, nous donner ses coordonnées :

PERSONNES A PREVENIR en cas d'événement grave

LIEN DE PARENTE	NOM - PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

DATES SEJOURS ANTERIEURS A LA CHIMOTAIE : _____

MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOCUMENT DÛMENT COMPLÉTÉ.

Centre SSR / EHPAD - La Chimotaie
B.P. 10014
85613 CUGAND Montaigu Cedex
Tél. : 02.51.45.66.00

ENGAGEMENT DE PAIEMENT

Je soussigné(e) Mme. ou Mr.....

Je m'engage à régler les frais de mon séjour en cas de non prise en charge par ma mutuelle complémentaire, selon les tarifs en vigueur :

- Le forfait Chambre particulière : 26 à 35 €/jour (au 01/01/2011) en fonction de votre organisme complémentaire
- Le forfait journalier : 18 euros/jour* (au 01/01/2010)

(* Ces tarifs sont susceptibles de révision à tout moment

Nous vous conseillons de vous renseigner auprès de votre mutuelle complémentaire pour connaître vos droits.

• Suppléments :

- Télévision : 2,55 euros/jour (gratuit à partir du 61^{ème} jour)
- Téléphone
- autres (repas invités, goûters invités,...)

Je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement.

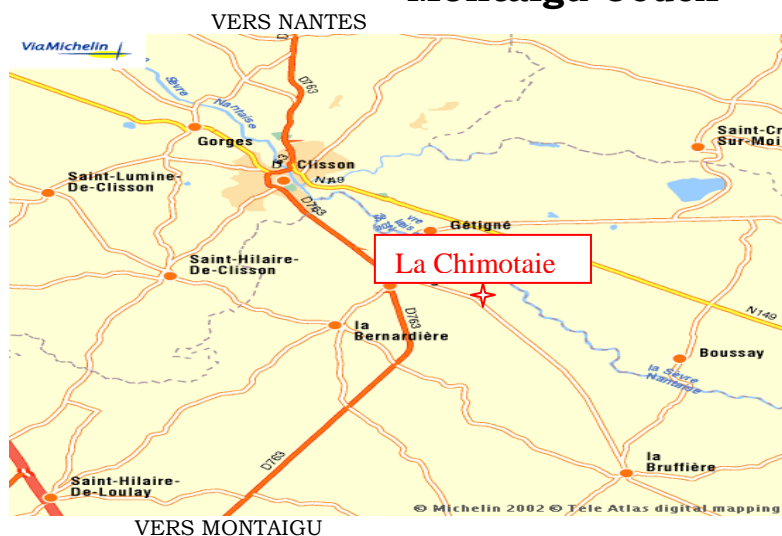
Nom et prénom :

Date : ___ / ___ / ___

Signature :

MERCI DE NOUS RETOURNER CE DOCUMENT DÛMENT COMPLÉTÉ

SSR (orientation en rééducation-réadaptation)		SSR (orientation en oncologie et soins palliatifs)		SSR polyvalents	
Fax Médical :	02.51.45.68.54	Fax Médical :	02.51.45.68.09	Fax Médical :	02.51.45.68.09



Distances principales		Moyens d'accès
Nantes	35 kms	. Gare de Clisson (6 kms de Cugand)
Cholet	35 kms	ou de Nantes (TGV)
La Roche s/Yon	50 kms	. Aéroport de Nantes- Atlantique

Pour toute demande d'admission, votre dossier médical sera examiné par les médecins de notre Etablissement, et votre date d'admission sera déterminée en fonction de l'avis médical et des places disponibles dans le service demandé.

Si votre intervention a été programmée, nous vous conseillons de faire votre pré inscription (lieu d'hospitalisation, date de l'intervention...) **en téléphonant au secrétariat médical du service** (voir numéros indiqués en première page)

Si vous venez de votre domicile

Nous faire parvenir :



- Fiche administrative ci-jointe dûment complétée
- Photocopies de :
 - votre attestation carte vitale
 - votre carte mutuelle complémentaire
 - votre carte d'identité ou passeport
- Fiche médicale (très détaillée) établie par votre médecin.

Si vous venez de l'hôpital

A votre entrée à l'hôpital, nous vous conseillons de prendre contact avec le surveillant du service dans lequel vous êtes hospitalisé afin qu'il nous fasse parvenir votre dossier médical.

Quelques jours avant votre sortie, l'hôpital doit prendre contact avec nous afin de connaître l'avis médical et la date de convocation.

A votre arrivée, fournir au service Accueil/Admission



- bulletin de situation de l'hôpital
- carte vitale et carte de mutuelle complémentaire
- carte d'identité ou passeport

DOCUMENT A CONSERVER

TROUSSEAU

DOCUMENT A CONSERVER

UN NECESSAIRE DE TOILETTE COMPLET

- ☆ Gants de toilette, serviettes de toilette, drap de bain ou peignoir,
- ☆ Serviettes de table,
- ☆ Savon ou gel douche,
- ☆ Peigne,
- ☆ Shampoing,
- ☆ Brosse à dent et dentifrice (stéradent et fixateur à dentier si nécessaire),
- ☆ Rasoir et mousse à raser ou rasoir électrique,
- ☆ Eau de toilette / eau de Cologne,
- ☆ Prévoir un sac pour le linge sale.

⇒ REMARQUE :

Si votre nécessaire de toilette n'est pas complet à votre arrivée, vous pouvez acheter les produits manquants à la boutique de la Chimotaie.

L'Etablissement fournit les draps, couvertures, dessus de lit.

VETEMENTS ADAPTES A VOTRE SEJOUR

- ☆ Vêtements AMPLES (faciles à enfiler et à enlever),
- ☆ Tenues correctes,
- ☆ Maillots de corps de préférence en COTON,
- ☆ Chaussons et chaussures offrant la meilleure sécurité,
- ☆ Robe de chambre ou peignoir,
- ☆ Pyjama ou chemise de nuit,
- ☆ Vêtements d'extérieur permettant sorties et promenades,
- ☆ Slips en nombre suffisant,
- ☆ Protège-slips ou serviettes hygiéniques,
- ☆ Si rééducation prescrite : le maillot de bain et bonnet de bain sont obligatoires. Les chaussures et lunettes de piscine ainsi que le peignoir sont conseillés.

L'établissement n'assure pas l'entretien du linge.

AIDES A LA MARCHE OU AUX DEPLACEMENTS UTILISES A DOMICILE

- ☆ Canne – déambulateur – rollator – fauteuil roulant manuel – fauteuil roulant électrique (+ chargeur).
- ❖ Si vous êtes diabétique, n'oubliez pas d'apporter votre appareil pour glycémie capillaire.

COMPTE DEPOT & COFFRE

Il est conseillé de ne pas garder d'argent dans les chambres. Vous pouvez effectuer un dépôt auprès du service « gestion du malade ».

Vos dépenses (achats à la boutique, revues, journaux, coiffeuse...) pourront être prélevées directement sur votre compte dépôt. Par contre, nous n'acceptons pas les dépôts de chèquiers, cartes bancaires....



**Centre SSR - EHPAD
La Chimotaie
B.P. 10014
85613 CUGAND CEDEX**

SSR (orientation en rééducation - réadaptation)		SSR (orientation en cancérologie et soins palliatifs)		SSR polyvalents	
Secrét. Médical :	02.51.45.68.23	Secrét. Médical :	02.51.45.68.15	Secrét. Médical :	02.51.45.68.15
	02.51.45.68.24				
Fax :	02.51.45.68.54	Fax :	02.51.45.68.09	Fax :	02.51.45.68.09

DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION

Renseignements concernant le Malade

Nom et Prénom : Nom de jeune fille : _____

Date et lieu de Naissance : _____

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

TEL : _____

Renseignements médicaux

- MOTIF DE LA DEMANDE :

- ANTECEDENTS SIGNIFICATIFS :

- TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

ETAT PSYCHOLOGIQUE

NORMAL	<input type="checkbox"/>	FUGUE	<input type="checkbox"/>	DESORIENTATION	<input type="checkbox"/>
AGITATION	<input type="checkbox"/>	DEPRESSION	<input type="checkbox"/>	AGRESSIVITE	<input type="checkbox"/>

SOINS INFIRMIERS

MATERIELS

	OUI	NON		OUI	NON
PANSEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MATELAS ANTI-ESCARRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INJECTIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEAMBULATEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT SPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FAUTEUIL ROULANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OXYGENE (débit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRES : _____		
SONDE GASTRIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
STOMIE (à préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

AUTONOMIE

	seul	aide partielle	aide totale
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEPLACEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOILETTE HABILLAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ELIMINATION

URINE	<input type="checkbox"/> continent	<input type="checkbox"/> incontinent	<input type="checkbox"/> sonde urinaire
SELLES	<input type="checkbox"/> continent	<input type="checkbox"/> incontinent	

DEVENIR A LA SORTIE DE LA CHIMOTAIE

RETOUR A DOMICILE	<input type="checkbox"/>
PLACEMENT : Maison de retraite	<input type="checkbox"/>
Long Séjour	<input type="checkbox"/>
AUTRES : _____	

Date :

Cachet et Signature du Médecin