



NUMERO D'ADHERENT *ou* DE CONTRAT : .....

TELEPHONE DE L'ORGANISME : ..... FAX : .....

**PROTECTION JURIDIQUE :**

TUTELLE : OUI  NON  -ou- CURATELLE : OUI  NON

AUX BIENS  A LA PERSONNE

NOM DU TUTEUR *ou* CURATEUR : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL FIXE : ..... TEL PORTABLE : .....

**PERSONNE A PREVENIR : NOM :** ..... **N° TELEPHONE :** .....

**COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN-TRAITANT :**

NOM - PRENOM : ..... N° TELEPHONE : .....

ADRESSE : ..... CP/VILLE : .....

**A COMPLETER : SI VOUS AVEZ UN SUIVI SPECIALISE EN COURS :**

**COORDONNEES DE VOTRE CARDIOLOGUE :**

NOM : .....  :

ADRESSE : .....

**COORDONNEES DE VOTRE PSYCHIATRE ET/OU PSYCHOLOGUE :**

NOM : .....  :

ADRESSE : .....

**COORDONNEES AUTRE(S) SPECIALISTE(S) : PNEUMOLOGUE, DIABETOLOGUE, RHUMATOLOGUE ... :**

NOM : .....  :

ADRESSE : .....

NOM : .....  :

ADRESSE : .....

**HOSPITALISATION(S) ANTERIEURE(S) AU CENTRE MEDICAL DIETETIQUE " L'ALUMNAT" :**  OUI  NON

Si OUI, combien d'hospitalisations  Quand ? .....

\* Chambre individuelle souhaitée :  OUI  NON

\* *En fonction des disponibilités le jour de votre admission*

Je refuse l'accès à mon Dossier Médical Partagé (DMP) par les professionnels autorisés de l'ALUMNAT.

*Signature obligatoire*



• **DIGESTIFS** : STEATOSE HEPATIQUE  CROHN  RCH  MALADIE COELIAQUE

• **DERMATOLOGIQUES**

PLAIE : NON  OUI  LOCALISATION : ..... AUTRE(S) : .....

• **PSYCHIATRIQUES**

SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF : OUI  NON  SI OUI : LEGER  MODERE  SEVERE

TROUBLES BIPOLAIRES  PSYCHOSE  AUTRES  PRECISEZ : .....

RISQUE SUICIDAIRE : OUI  NON

SUIVI PSYCHIATRIQUE EN COURS ? OUI  NON

• **ADDICTIONS**

EXOGENOSE : OUI  NON  SI OUI, CONSOMMATION ACTUELLE : .....

AUTRE(S) ADDICTION(S) : .....

• **AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX :**

**ANTEDECENTS CHIRURGICAUX :**

**INFORMATIONS NUTRITIONNELLES :**

LE PATIENT A T-IL DEJA BENEFICIE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE (NUTRITIONNELLE) ?

MEDICALE : OUI  NON  DIETETIQUE : OUI  NON

CHIRURGICALE : OUI  NON  SI OUI : ANNEAU GASTRIQUE  BY-PASS  SLEEVE

DATE(S) ET LIEU(X) : .....

PRATICIEN(S) : .....

**ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE (S) ?** OUI  NON

SI OUI, LESQUELLES : .....

LE PATIENT CUISINE T-IL SEUL ? OUI  NON

Si NON : QUI EST RESPONSABLE DE LA REALISATION DE SES REPAS ?

**TRAITEMENT(S) EN COURS :** (merci de joindre la photocopie de sa dernière ordonnance)

**PATIENT DEPENDANT**OUI  NON **Si OUI** : merci de compléter les renseignements ci-dessous en cochant les cases**DEPLACEMENTS :**

DIFFICULTES A LA MARCHE (MAIS SANS AIDE)	
CANNE(S)	
DEAMBULATEUR	
FAUTEUIL ROULANT	

**TRANSFERTS :**

SEUL	
AVEC AIDE HUMAINE	
VERTICALISATEUR	
LEVE PERSONNE	

**ALIMENTATION :**

AVEC AIDE HUMAINE	
ALIMENTATION ENTERALE (SNG, ...)	

**TROUBLES SPHINCTERIENS :**

INCONTINENCE URINAIRE	
SONDE URINAIRE	
INCONTINENCE FECALE	
STOMIE	

**COMMUNICATION**

CECITE	
SURDITE	
APPAREILLAGE	
TROUBLES DE L'ELOCUTION	

**FRANCAIS :**

NON LU	
NON PARLE	
NON COMPRIS	
LANGUE(S) PARLEES(S) :	

**TROUBLES COGNITIFS :**

DEMENCE, ALZHEIMER	
RETARD MENTAL	
AUTRE(S) :	

Cachet et Signature du Médecin :

Fait à : .....

Le : | | | | | | | | | |

## IRR - CENTRE MEDICAL DIETETIQUE « L'Alumnat »

Centre de Soins Spécialisé maladies digestives, métaboliques et nutritionnelles

**Dr I. DEDENON-MAYER**

**Médecin**

Diabétologue Nutrition

**Dr S. GUNDESLI-DAGTEKIN**

**Médecin**

**Dr A. WALTER-KULL**

**Médecin**

Scy-Chazelles,

Madame, Monsieur,

Vous trouverez en annexe un **DOSSIER DE PRE-ADMISSION** dans notre Etablissement.

### **IL EST IMPERATIF DE NOUS RETOURNER LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

1. **Dossier administratif** à renseigner par vos soins et à nous retourner, sans oublier d'y joindre :
  - ✚ photocopie de votre carte nationale d'identité, ou tout document officiel justifiant de votre identité (passeport, permis de conduire, carte de séjour...),
  - ✚ photocopie de l'attestation des droits sécurité sociale **à jour**,  
(durée de validité = **1 an** à compter de la date de délivrance)
  - ✚ photocopie de votre carte d'adhérent mutuelle.
2. **Dossier médical** à renseigner par votre médecin et à nous retourner, sans oublier d'y joindre :
  - ✚ **Bilan biologique** complet datant de moins de 3 mois.
  - ✚ **Si vous avez un suivi spécialisé en cours :**  
**vos comptes-rendus :**  
(cardiologique | examens complémentaires tels que : épreuve d'effort et scintigraphie myocardique, pneumologique, diabétologique, psychiatrique, etc...).

**Il est important** de respecter les « **DEMARCHES ADMINISTRATIVES** » au verso de cette feuille pour permettre la prise en charge des frais de séjour et de transport de votre hospitalisation.

Pour tous renseignements concernant le séjour : vous pouvez également consulter le site : [www.ugecam.nordest.fr](http://www.ugecam.nordest.fr)

Restant dans l'attente de ces documents et avec nos remerciements anticipés,

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur; à l'expression de nos salutations distinguées.

**Tél : 03.87.60.31.11**

**Fax administratif : 03.87.60.36.50**

**Fax médical : 03.87.60.35.26**



## DEMARCHES ADMINISTRATIVES

### • Prise en charge de vos frais de séjour :

Si vous dépendez de l'une des Caisses citées ci-dessous, une demande d'accord préalable pour une admission est **indispensable**, elle doit être complétée par votre médecin prescripteur et soumise au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie :

- RAM
- RSI (REGIME INDEPENDANT)
- CAISSE SNCF
- GAMEX
- MUTEST
- CAISSE NATIONALE MILITAIRE
- MUTUELLE BLEUE

**EN CAS DE DOUTE** : N'hésitez pas à prendre contact avec votre Caisse pour obtenir de plus amples renseignements ou avec notre Etablissement.

### • Prise en charge Mutuelle :

Nous vous conseillons de contacter également votre Mutuelle pour connaître les modalités exactes de votre prise en charge, en leur précisant les **informations suivantes** :

le n° FINESS de notre Etablissement : **570012633** et le code DMT : **171**

L'accord de votre Mutuelle devra obligatoirement préciser :

- Si le ticket modérateur est pris en charge,
- Si le forfait journalier est pris en charge.

Si vous désirez une chambre particulière :

Il vous appartient d'en faire la demande auprès de votre Mutuelle, qui devra également préciser sa prise en charge.

#### **A savoir :**

Les chambres particulières ne se réservent pas, elles sont attribuées en fonction des disponibilités le jour de votre admission.

### • Prescription médicale de transport :

Si vous habitez à plus de 150 km pour une hospitalisation **complète** et plus de 50 km pour une hospitalisation de **jour**, une demande d'accord préalable de transport doit être établie par votre médecin prescripteur et soumise à votre Caisse d'Assurance Maladie **15 jours avant** votre date d'admission.

Veillez à ce que la prescription médicale couvre les **trajets aller et retour**.

Si vous habitez à moins de 50 km demandez une prescription médicale de transport à votre médecin prescripteur pour le jour de votre admission.