***CENTRE SSR ILE DE BEAUTE***

***DOSSIER DE PRE ADMISSION***

*A remplir par le médecin prescripteur et à retourner sous pli confidentiel au Dr. POLI Jacques*

***MSS :******jacques.poli@idb20.mssante.fr***

***OU***

***secretariat-medical.ssr-ile-de-beaute@idb20.mssante.fr***

***Fax :******04.95.53.85.99***

*Centre de Soins de Suites et de Réadaptation ILE DE BEAUTE – 20167 Sarrola-Carcopino*

***Tél : 04.95.53.85.00***

**Patient**

**Nom de Naissance :** …………………………… **Prénom :** …………………………

**Nom d’usage :** ……………………………

**Date de Naissance :** ……/…………/…………

**Adresse :**………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Téléphone :** …………………………

**Provenance du Patient**

**Domicile : OUI**  **NON** **Médecin :** ………………………**Tel :**…………….

**Hôpital : OUI**  **NON** **Service/Médecin :** ……………………………….. **Tel :**…………………

**Clinique : OUI**  **NON Service/Médecin :** ………………………………..

**Tel :** ………………………

**Motif d'admission justifiant le séjour :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Antécédents du patient :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date et type de la dernière intervention chirurgicale :** ……/…………/………….

**Date et motif de la dernière hospitalisation :** ………/………/……….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informations Médicales**

**Etat du patient :** ……………………………………………………………………………..

**Etat psychique/Cognitif** **:** ……………………………………………………………………

**Risque de fugue :** ……………………………………………………………………………..

**Risque suicidaire** **:** ……………………………………………………………………………

**Stabilisation : OUI**  **NON**

**Infection à BMR : OUI**  **NON Si OUI, laquelle :** ………………………

**Infection à BhRe : OUI**  **NON Si OUI, laquelle :** ………………………

**Dépendance(s) :**

**Alcool : OUI**  **NON Tabac : OUI**  **NON**

**Drogues : OUI**  **NON Boulimie : OUI**  **NON**

**Anorexie : OUI**  **NON**

**Allergies : OUI**  **NON Si OUI, lesquelles :**………………………

**Autonomie : 1 (autonome) à 4 (dépendance totale) :**

**Marche : OUI**  **NON**

* Avec cannes : OUI NON
* Avec fauteuil roulant : OUI NON

**Le patient peut-il :**

* Monter les escaliers : OUI NON
* Descendre les escaliers : OUI NON
* Marcher seul : OUI NON
* Se lever seul : OUI NON
* S’asseoir seul : OUI NON
* Se tenir debout**:** OUI NON

**Soins infirmiers nécessaires :**

* Ventilation : OUI NON
* Aspiration : OUI NON
* Le malade peut-il faire sa toilette seul ? OUI NON
* Le malade peut-il aller aux WC seul ? OUI NON
* Le malade peut-il s’habiller seul ? OUI NON

**Audition :** …………………………

**Vision :** …………………………

**Communication :** ………………………..

**Déplacements locomotion :** …… **Comportement :** ……

**Alimentation :** …… **Relation :** ……

**Objectifs de réadaptation  :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Régime en cours ou souhaité :** ………………………………………………………………

**Allergies/Croyances :** ………………………………………………………………………..

**Texture des aliments :** **Mixé Mixé lisse Haché Normal**

**Oxygénothérapie :** …………………………………………………………………………...

**Soins de stomie :** ……………………………………………………………………………..

**Rendez-vous pour consultation ou soins en externe :** ……………………………………..

**Picc Line ? :** …………………………….. **Port a cath? :** ……………………………..

**Traitement en cours :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Informations Administratives**

**Le patient vit seul ? :** …………………**Le patient vit en famille ?** : ………………………

**Noms et Prénoms de la Personne de confiance :** …………………………………………………………………………………………………

**Tel de la Personne de confiance :** ………………………………

**Date d'admission souhaitée :**……/…………/……

**(De préférence du Lundi au Vendredi avant 15h00)**

**Date de la demande :** ……/…………/……

**Informations Assuré (A renseigner par le patient/entourage)**

**L’assuré est le patient : OUI NON**

**Si NON :**

**Nom de Naissance de l’assuré :** ……..………… **Prénom de l’assuré :** …...………………

**Adresse de l’assuré :** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Numéro de SS :** …………………………………….

Joindre la copie de la carte mutuelle et de l’attestation de sécurité sociale

**Chambre**

**Chambre particulière : OUI NON**

**Nom du médecin traitant :** ………………..........**Tel :** …………… **Fax :** …………….

***Les patients confus et/ou non communicants doivent être accompagnés lors de l’admission au sein du SSR l’Ile de Beauté.***

**MENTIONS RGPD :**

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen n°2016/679 du 27 Avril 2016, le Centre de Soins de Suites et de Réadaptation l’Ile de Beauté en sa qualité de Responsable de traitement recueille les informations ci-dessus pour la gestion administrative des dossiers de pré-d'admissions et dans le cadre de l'exécution d'obligations contractuelles, d'obligations légales en ce qui concerne les informations d'assuré et dans leur intérêt légitime pour les données relatives à l'établissement de provenances, les préférences alimentaires et les préférences de chambre.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Equipes médicale, paramédicale, de cuisine et administrative.

Les données sont conservées pendant la durée de présence du patient au sein de l'établissement puis pendant 20 ans à compter du dernier séjour. Les données ne sont pas transférées hors Union-Européenne.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, demander leur rectification et vous pouvez disposer du sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le DPO par courriel à rgpd@idb20.fr, ou par courrier postal à Domaine Saint- Pierre, 20167 SARROLA-CARCOPINO. Un justificatif d’identité pourra vous être demandé en cas de doutes raisonnables sur votre identité. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

**INFORMATIONS GENERALES**

**Avant votre arrivée dans l’établissement :**

* Faire renseigner le dossier de pré admission par le médecin adresseur.
* Transmettre le dossier renseigné au médecin de l’établissement par fax ***en joignant la fiche de traitement du patient*** : 04.95.53.85.99.
* Transmettre :
	+ **Un certificat de votre médecin adresseur prescrivant une hospitalisation de 30 jours au Centre de Soins de Suites et de Réadaptation l’Ile de Beauté avec le motif d’admission.**
	+ Un courrier de votre médecin adresseur adressé au Dr POLI incluant les traitements du patient.
	+ **Votre carte de mutuelle.**
	+ **Votre carte vitale.**
	+ **Votre carte d’identité/Livret de famille/Passeport/Extrait acte de naissance.**

**A votre arrivée dans l’établissement :**

Il est important de vous munir **d’une ordonnance de la totalité du traitement (Jour et nuit) pour 30 jours renouvelable 2 fois.**

Votre entrée administrative sera réalisée avec les documents listés précédemment.

L’accueil vous fournira le livret d’accueil de l’établissement.

Votre entrée médicale sera ensuite réalisée dans le bureau infirmier de la structure.

**Ce qu’il faut savoir :**

* Les entrées ont lieu de préférence du Lundi au Vendredi avant 16h00.
* Ne gardez pas vos objets de valeurs dans votre chambre, l’établissement décline toute responsabilité en cas de vol ou de perte.

Vous pouvez déposer vos valeurs dans le coffre de l’établissement.

* **Les visites sont autorisées entre 11h00 et 20h00.**
* Les accompagnants souhaitant prendre un repas au restaurant doivent informer l’accueil au moins 24h à l’avance.

Le repas est à régler à l’accueil de l’établissement.

* Selon le Décret n°2006-1386 du 15 Novembre 2006, nous vous rappelons qu’il est **strictement interdit de fumer dans l’enceinte de l’établissement, en particulier dans les chambres**.
* Pour des raisons d’hygiène et de sécurité alimentaire, **il est strictement interdit de faire entrer de l’alimentation et de l’alcool dans l’établissement.**
* Il est fortement recommandé de marquer le linge pour éviter des confusions avec un voisin de chambre lors des soins.