

CENTRE DE SOINS MEDICAUX
ET DE READAPTATION

Service admission : 03.29.51.66.66

Fax admission : 03.29.51.66.30

La Louvière
88210 SENONES

E-Mail : secretariat@lalouviere.fr

DOSSIER D'ADMISSION

Hôpital De Jour S.M.R. La Louvière



La Louvière est composée de deux sites : **Louvière haute et Louvière ville**

Présentation:

L'Hospitalisation de Jour (H.D.J.) est un mode de prise en charge ambulatoire, qui vous permet de venir au sein de la structure sur des séquences d'une demi-journée pendant lesquelles il vous sera proposé un programme thérapeutique en fonction d'objectifs construits avec votre participation.

L'HDJ propose un traitement et un **suivi personnalisés**. Nos programmes de soins sont adaptés à chaque patient après avoir effectué une consultation médicale et un bilan initial.

On vous propose alors un accompagnement coordonné et concomitant de plusieurs professionnels dans les domaines de :

- la rééducation et la réadaptation motrice,
- la remise en forme,
- l'addictologie et la santé mentale,
- l'évaluation nutritionnelle,
- l'éducation thérapeutique,
- l'accompagnement social

Notre équipe médicale et paramédicale est composée :

D'un médecin coordonnateur :

Dr DRANESAS

Diplôme Universitaire Santé et Activité Physique Adapté
DU Maladie de l'Obésité
DIU Etude et prise en charge de la douleur
Education thérapeutique du Patient

Nos médecins polyvalents : Dr DRANESAS, Dr DIETLE, Dr JOLY, Dr FRUSTIN

De nos médecins spécialistes :

Dr BARLIER- PRESSAGER : RHUMATOLOGUE

Capacité en médecine et biologie du sport
Exploration Electrophysiologique de l'appareil locomoteur
Echographie Ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle

Dr MASSON : NEUROLOGUE

En plus d'une équipe infirmier et aide-soignante, nous avons aussi :

- 1 Diététicien,
- 2 Psychologues cliniciennes,
- 1 Assistante sociale
- 6 Kinésithérapeutes
- 2 Educateurs à l'Activité Physique Adaptée,

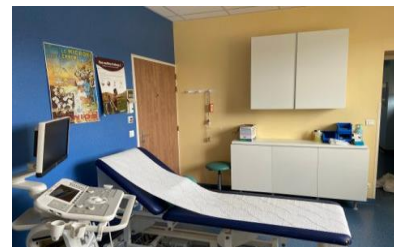
Des activités individuelles et de groupe seront réalisées et ceci sur les deux sites de la Louvière.

Les objectifs d'une telle prise en charge sont de :

- **permettre la continuité des soins,**
- **poursuivre une rééducation** en évitant une hospitalisation,
- **assurer un accompagnement et un suivi** sur un moment donné pour des personnes présentant une fragilité.

Vous serez en contact avec notre coordinatrice des soins qui vous transmettra votre programme de prise en charge en soins et en éducation thérapeutique.

Notre équipe sera heureuse de vous accompagner pendant votre temps d'hospitalisation au sein de notre Clinique sur un plateau technique complet.



CONSIGNES DE PRE ADMISSION

Merci d'envoyer un dossier complet en 1 seul envoi avec :

1. LES DOCUMENTS

- o Fiche de RENSEIGNEMENTS MEDICAUX accompagnée d'un BILAN BIOLOGIQUE de moins de 3 mois - A faire remplir par votre médecin-traitant
- o COPIE DE VOTRE ORDONNANCE la plus récente si vous avez un traitement médicamenteux en cours
- o Fiche de RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS remplie et accompagnée d'une ATTESTATION D'OUVERTURE DE DROITS (de moins de 3 mois)
- o PIECE D'IDENTITE : Photocopie recto-verso (carte d'identité, passeport)
- o CARTE DE MUTUELLE ou de CMU à jour : Photocopie recto-verso
- o Attestation de prise de connaissance de la charte de fonctionnement signée

Une fois votre dossier envoyé, nous prendrons contact avec vous pour le traitement de votre dossier ; il n'est donc pas nécessaire de nous contacter.

2. LES AFFAIRES PERSONNELLES

Veillez penser à apporter SVP :

- votre carte vitale, carte mutuelle et carte d'identité
- vos documents d'imagerie : radio, IRM, scanner...récents
- votre traitement si vous avez des prises de médicaments pendant le temps imparti à votre prise en charge en HDJ.
- Une gourde d'eau (fontaine à eau mise à votre disposition)

Des distributeurs de collations sont disponibles sur chaque site.

Vous aurez à votre disposition un casier afin de laisser vos affaires personnelles en sécurité pendant votre présence (½ journée) au sein de notre établissement.

CONSIGNES DE PRE ADMISSION MEDECIN

Afin de pouvoir admettre un patient en HDJ il est nécessaire que ce patient requiert un minimum de 2 disciplines. C'est pourquoi il vous est demandé impérativement de **cocher au minimum 2 types de prises en charge afin de créer son projet de soins.**

Notre équipe sera heureuse d'accompagner et de suivre votre patient pendant le temps d'hospitalisation de jour au sein de notre Clinique.

Votre patient sera en contact avec notre coordinatrice des soins qui lui transmettra son programme de prise en charge et lui donnera son agenda.

Merci de bien vouloir remettre la partie expliquant les consignes de pré admission au patient.

DEMANDE D'ADMISSION **EN HOPITAL DE JOUR** **EN SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION**

Demande effectuée par :

Date :

Etablissement / Médecin traitant :

Téléphone :

.....

Fax :

.....

Mail :

.....

Confidentialité :

Prière de bien vouloir transmettre cette télécopie au destinataire ci-dessus. Avec nos remerciements.

Les informations contenues dans les documents joints sont de nature confidentielle et soumises au secret professionnel, elles sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué ci-dessous.

Si vous n'êtes pas le destinataire, vous êtes par la présente avisé que toute divulgation, reproduction, distribution, diffusion ou utilisation de cette communication est strictement interdite.

Si vous recevez cette information par erreur, veuillez nous contacter immédiatement par téléphone afin que nous puissions faire le nécessaire pour la récupérer.

1-RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET SOCIAUX CONCERNANT LE PATIENT :

Mr/Mme NOM et Prénom :

Nom de jeune fille : **Date de naissance :**

Statut social :

Célibataire

Séparé(e)

Vie maritale

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(e)

Adresse :

.....

Code Postal : **Ville :**

La Louvière

Tél :

Mail :

CPAM :

Mutuelle :

N° Adhérent.....

N° Sécurité sociale :

Vit :

à son domicile

avec son conjoint

en établissement : préciser :

dans la famille : préciser :

Personne à prévenir (NOM, Prénom) :

Lien avec le patient :

Tél :

.....

Date d'admission souhaitée :

Social : pensez-vous que votre situation nécessite un accompagnement social ? oui non

Si oui pour quel motif :

.....

.....

La Louvière

3-RENSEIGNEMENTS MEDICAUX:

Médecin traitant :
Praticien Hospitalier :

Service d'hospitalisation :

Motif de la prise en charge en HDJ à la Louvière :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suite de traitement spécifique | <input type="checkbox"/> A la demande du patient |
| <input type="checkbox"/> Rééducation fonctionnelle | <input type="checkbox"/> <u>Prise en charge psychothérapique</u> : |
| <input type="checkbox"/> Amélioration de l'autonomie | <input type="checkbox"/> Addictologique |
| <input type="checkbox"/> Education thérapeutique | <input type="checkbox"/> Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> Autre : <i>Préciser</i> : | |

Poids :

Taille :

IMC :

Prise en charge médicale et/ou chirurgicale :

Porteur de germe multi résistant :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Site :
Isolement :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Le germe :

Veillez SVP cocher au minimum 2 types de prises en charge :

Programme de soins souhaité en HDJ:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Diététique |
| <input type="checkbox"/> Suivi assistante sociale | <input type="checkbox"/> Psychothérapique |
| <input type="checkbox"/> Activité Physique Adapté APA | <input type="checkbox"/> Infirmier <i>en éducation thérapeutique</i> |

Appareillage :

<input type="checkbox"/> Oxygène :	<input type="checkbox"/> Sonde Urinaire :
<input type="checkbox"/> Pansement : Localisation :	<input type="checkbox"/> Stomie :

Autres

CONSULTATION MEDICALE :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergie(s) :

Traitement actuel (joindre ordonnance):

2- DEVENIR ENVISAGE DU PATIENT A L'ISSUE DU SEJOUR EN HDJ SMR :

Aides à domicile existantes :

préciser :

démarches en cours : Observations :

AUTONOMIE ACTUELLE :

Déplacements :

- seul(e)
- seul(e) avec appui : cannes
 déambulateur
 rollator
- seul(e) en fauteuil roulant :
 manuel
 électrique
- avec l'aide d'un tiers
- en fauteuil roulant avec un tiers
- non autorisés
- Impossibles

Transferts :

- se lève, s'assied et se couche seul(e)
- seul(e) avec stimulation
- aide pour lever et coucher
- aide pour transferts assis-assis
- aide totale

Toilette :

- seul(e) et spontanément
préciser
- seul(e) avec stimulation
- aide partielle : *préciser*
- aide totale

Habillage/déshabillage :

- seul(e) et spontanément
- seul(e) avec stimulation

- aide partielle : *préciser* :
- aide totale
- aide à la mise en place d'un appareil orthopédique

Elimination :

- | | Urines | Selles |
|------------------|---|---|
| Continent(e) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Occas. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Nocturne | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Incont. Perman. | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Protections | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| Sonde | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Psychisme :

- sans problème
- désorientation temporelle
 spatiale
 temporo-spatiale
- troubles amnésiques :
 modérés
 majeurs
- troubles du comportement :
 passivité mélancolie anxiété
 agressivité verbale physique
 dépression délires fugue
 agitation jour/nuit
- autre(s)

Repas :

- seul(e) avec stimulation
- seul(e) et spontanément

- seul(e) mais aliments préparés
- aide totale
- sonde *préciser* :

- régime alimentaire : normal / diabétique/
sans fibre/ Autre :

Surveillances particulières :

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

Signature et cachet du médecin :

Date :