

Madame, Monsieur,

Nous allons avoir le plaisir de vous accueillir à l'Institut de Diabétologie et Nutrition du Centre (IDNC).
Afin de préparer au mieux votre séjour, nous vous remercions de nous adresser impérativement avant votre séjour :

- Documents administratifs :
 - Fiches administratives (ci-jointes page 2 et 3)
 - Photocopie de votre carte de mutuelle
 - Photocopie de votre pièce d'identité
 - Photocopie de votre attestation de carte vitale
- Documents médicaux :
 - Fiche médicale (ci-jointe page 4)
 - Copie de vos ordonnances en cours
 - Si vous avez des antécédents cardiologiques, un courrier de votre cardiologue autorisant la pratique d'une activité physique
 - Tracé de votre électrocardiogramme
 - Vos résultats de biologie datant de moins de 3 mois :
 - NFS
 - Ionogramme sanguin
 - SGOT
 - SGPT
 - Gamma GT
 - TSH
 - Créatinine
 - EAL
 - Glycémie à jeun
 - Ferritinémie
 - En cas de diabète :
 - Hémoglobine glycosylée
 - Microalbuminurie sur échantillon
 - En cas d'antécédents de chirurgie bariatrique :
 - Ferritinémie, Calcémie
 - Albuminémie
 - Vitamines : D, B12, B1 et B9

Merci de nous retourner votre dossier complet :

Par courrier : à l'adresse suivante : IDNC – 35 Rue du Verger – 28300 MAINVILLIERS

Par mail : accueil1.idnc@lna-sante.com

Par Fax : 02 36 25 36 15

Après validation de votre dossier par les équipes administratives et médicales de l'établissement, le secrétariat vous contactera pour vous indiquer une date d'entrée.

Avec nos remerciements et dans l'attente de vous recevoir.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de nos sentiments distingués

Identité du patient			
Nom :	_____ Prénom : _____		
Nom de naissance :	_____		
Date de naissance :	___/___/_____, lieu de naissance : _____		
Adresse :	_____ _____		
Code postal :	_____ Ville : _____		
Téléphone fixe :	_____ Portable : _____		
Adresse mail :	_____		
Médecin Traitant			
Nom :	_____ Prénom : _____		
Adresse :	_____ _____		
Code postal :	_____ Ville : _____		
Téléphone fixe :	_____		
Protection Juridique			
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Curatelle renforcée
Nom :	_____ Prénom : _____		
Adresse :	_____ _____		
Code postal :	_____ Ville : _____		
Téléphone fixe :	_____ Adresse mail : _____		

Régime Obligatoire (Centre de sécurité sociale)	
Caisse : _____ _____	
Nom et prénom de l'assuré(e) : _____	
Numéro d'immatriculation Sécurité Social : _____	
Bénéficiez-vous :	<input type="checkbox"/> INVALIDITE <input type="checkbox"/> 100% ALD Diabète
	<input type="checkbox"/> CMU <input type="checkbox"/> AME
Régime complémentaire (Mutuelle)	
Nom : _____	
Adresse : _____ _____	
Code postal : _____	Ville : _____
Téléphone fixe : _____	
Séjour	
<p>Votre hospitalisation nécessite une prise en charge de votre mutuelle, merci de vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire en leur spécifiant : le numéro Finess : 280 505 223 et le code DMT : 171 et d'obtenir une garantie écrite avant votre admission de la prise en charge de votre séjour et du montant pris en charge pour la chambre particulière.</p> <p>Dates de séjour souhaitées :</p> <p>Souhait de chambre (voir Dépliant « prestations Hôtelières » ci-joint):</p>	
<input type="checkbox"/> Chambre double (sans supplément)	
<input type="checkbox"/> Chambre seule STANDARD (70€/nuit)*	<input type="checkbox"/> Chambre seule STANDARD + (78€/nuit)*
<input type="checkbox"/> Chambre seule PREMIUM (100€/nuit)*	<input type="checkbox"/> Chambre seule PREMIUM Option 1 (108€/nuit)*
<input type="checkbox"/> Chambre seule PREMIUM Option 2 (130€/nuit) *	<input type="checkbox"/> Chambre seule PRESTIGE (140€/nuit) *
<p>« Aucun autre frais que ceux correspondant à des prestations de soins rendues ou, le cas échéant à des exigences particulières que vous auriez sollicitées ne peut vous être facturé. Le montant de ces exigences particulières, dont la liste est strictement définie par la réglementation et comprend notamment l'accès à une chambre particulière, doit vous être communiqué avant la réalisation de la prestation de soins ».</p> <p>*tarifs applicables depuis 01/01/2019</p>	
Date :/...../.....	Signature :

Identité du Patient :			
Nom :		Prénom :	
Date de naissance : __/__/____		<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme
Poids :		Taille :	
Motifs d'hospitalisation :			
<input type="checkbox"/> Parcours bariatrique	<input type="checkbox"/> Surpoids / Obésité	<input type="checkbox"/> Diabète sans insuline	<input type="checkbox"/> Diabète avec insuline
Etat Général :			
<input type="checkbox"/> Bon	<input type="checkbox"/> Intermédiaire	<input type="checkbox"/> Altéré	<input type="checkbox"/> Très altéré
Autonomie			
Déplacement :	<input type="checkbox"/> De façon normale		
	<input type="checkbox"/> Avec l'aide de cannes		
	<input type="checkbox"/> Avec un déambulateur		
	<input type="checkbox"/> En fauteuil roulant		
Habillage :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Toilette :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide complète
Alimentation :	<input type="checkbox"/> Mange seul	<input type="checkbox"/> Avec aide	
Troubles sphinctériens			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui :	Rectaux : <input type="checkbox"/> Occasionnels <input type="checkbox"/> Habituels	Vésicaux : <input type="checkbox"/> Occasionnels <input type="checkbox"/> Habituels
Maladie Psychique			
Troubles de nature à gêner la vie en collectivité :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Retour au domicile après hospitalisation			
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non	
Observations et recommandations éventuelles :			
Signature et Cachet du médecin avec adresse :		Date :	