

Madame, Monsieur,

Nous allons avoir le plaisir de vous accueillir à l'Institut de Diabétologie et Nutrition du Centre.  
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
- Et 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](mailto: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 : \_\_\_\_\_

**Personne à contacter en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**Médecin Traitant**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

**Protection Juridique**

Non                       Tutelle                       Curatelle                       Curatelle renforcée

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

**Régime Obligatoire (Centre de sécurité sociale)**

Caisse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous :

INVALIDITE

CMU

100% ALD Diabète

AME

**Régime complémentaire (Mutuelle)**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_

**Séjour**

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.

Dates de séjour souhaitées : \_\_\_\_\_

Souhait de chambre (voir Flyer prestations Hôtelières):

Chambre double (sans supplément)

Chambre particulière **STANDARD** (70€/nuit)\*

Chambre particulière **STANDARD +** (78€/nuit)\*

Chambre particulière **PREMIUM** (100€/nuit)\*

Chambre particulière **PREMIUM +** (108€/nuit)\*

Chambre particulière **PRESTIGE** (140€/nuit) \*

*« 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 ».*

\*tarifs applicables à compter du 01/01/2019

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"/> Surpoids		<input type="checkbox"/> Diabète sans insuline	<input type="checkbox"/> Diabète avec insuline	
Etat Général :				
<input type="checkbox"/> Bon		<input type="checkbox"/> Médiocre	<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		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Observations et recommandations éventuelles :				
Signature et Cachet du médecin :				