



Formulaire de demande d'admission

À nous retourner par mail, fax ou courrier

Clinique Oméga

6, Rue Simon Pernic
97420 Le Port

☎ 0262 420 430

☎ 0262 576 393

✉ cliniqueomega
@cliniqueomega.com

🌐 cliniqueomega.com

Formulaire à nous retourner avec les documents suivants

- Attestation d'assurance maladie à jour
- Photocopie recto-verso de la pièce d'identité
- Photocopie recto-verso de la carte mutuelle
- Justificatif d'adresse à votre nom (de moins de 3 mois)
- Dernier bilan sanguin
- Ordonnance habituelle
- Courrier médical avec antécédents

Nom patient(e) : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom(s) : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Votre séjour nécessite une demande de prise en charge de votre mutuelle, merci de vous renseigner auprès de votre organisme complémentaire en leur spécifiant : **le numéro Finess 970 40565 0** et **le code DMT 627** afin d'obtenir une garantie écrite avant votre admission. À ce jour, la partie complémentaire est de **36,35 €**.

Médecin adresseur : Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Informations médicales : Merci de joindre un courrier médical avec les antécédents

Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

AUTONOMIE dans le déplacement : Oui Non

Si **NON** : Préciser (Fauteuil roulant, brancard, situation de handicap, nécessité d'accompagnement...)

Autre information : _____

NB : Le/la patient(e) peut se faire accompagner tout au long de son parcours de soins à la Clinique Oméga par une personne de confiance.



Formulaire de demande d'admission

À nous retourner par mail, fax ou courrier

Motifs de demande de prise en charge au sein de la Clinique Omega :

- Obésité ou surpoids avec comorbidité
- Diabète T1 ou diabète T2
- Diabète gestationnel
- Parcours de pré-chirurgie bariatrique (équipe chirurgicale : _____)
- Post chirurgie bariatrique (date de l'opération : _____)
- Traitement médicamenteux de l'obésité
- Troubles du comportement alimentaire
- Troubles de l'appareil digestif avec problématiques nutritionnelles
- Maladie rénale chronique et troubles nutritionnels

Dénutrition (voir critères d'exclusion) :

- Dénutrition en péri-chirurgie (prise en charge >15 jours avant la chirurgie ou en post opératoire)
- Dénutrition en péri-oncologie
- Suivi dénutrition avec ou sans nutrition artificielle



Critères d'exclusion pour lesquels un avis Omnidoc est nécessaire au préalable :

- Projet palliatif
- Pathologie aiguë en cours (somatique ou psychiatrique)
- GIR1
- Dépendance à des toxiques non sevrée
- Démence évoluée
- Toute situation compromettant le retour à domicile au terme des soins
- Si colostomie ou iléostomie de décharge : débit inférieur à 750ml/24h et patient autonome pour les vidanges

Si demande urgente, remplir le formulaire et contacter le 0262 420 430 ou le 0693 33 72 18.

Tous les parcours de prise en charge sont décrits sur le site internet de la Clinique Omega

cliniqueomega.com

Cachet du médecin (obligatoire)

Signature du médecin (obligatoire)

Signature patient

"J'ai pris connaissance de ces informations"
Date :