

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



secretariat.omega@aurar.mssante.fr



cliniqueomega@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 33,76 €.

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 :

Patient sous curatelle : Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐

Patient sous tutelle : Oui ☐ Non ☐ Non concerné ☐

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 majeure.

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.

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 :