

Admission du patient en réadaptation nutritionnelle

À renseigner par le médecin

DOSSIER MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : **Prénom :**

Date de naissance :

Taille : **Poids :** **IMC :**

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

MOTIFS DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

- Prise en charge pondérale
- Équilibre glycémie
- Remise en mouvement
- Rééducation nutritionnelle
- Prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- Éducation thérapeutique du patient :
 - Obésité
 - Diabète
 - Chirurgie de l'obésité

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Dyslipidémies
- Pathologies psychiatriques :
-
- Chirurgie bariatrique :
 - AGA
 - Sleeve
 - By pass Année :
- Allergies :
-
- Le patient est-il porteur d'une Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques (BMR) ? :
..... Oui Non
- Le patient a-t-il été hospitalisé à l'étranger dans l'année ? Oui Non
- Si oui, lieu : Date :

TYPE DE SÉJOUR

- Séjour de rééducation nutritionnelle (3-4 semaines)
- Hôpital de jour
- Séjour de pré-chirurgie bariatrique (lundi à vendredi)
- Date de l'intervention :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

AUTONOMIE - POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Toilette / Habillage	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Déplacement	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Alimentation	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Incontinence urinaire	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
Incontinence anale	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
État cutané	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Plaies	
Incapacités physiques (limitant la mobilisation physique active)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Évaluation de la douleur	EVA = /10 Siège =	
Appareillage Prothèse / Orthèse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ (SUITE)

RELATION - COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS			REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	Normale	Appareillée	Cécité	
Audition	Normale	Déficit	Surdité	
Expression	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Compréhension	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Comportement	Calme	Angoissé	Agité	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE - ADAPTABILITÉ

La prise en charge à la clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS		REMARQUES, PRÉCISIONS
Troubles cognitifs	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Je soussigné(e), certifie avoir examiné **M/Mne** :

Né(e) le :

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée lors du séjour à la clinique Les Oliviers (marche, marche nordique, aquagym, gymnastique douce, renforcement musculaire).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Éléments concernant votre patient que vous souhaitez porter à notre connaissance

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

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

- Ordonnance en cours
- Bilan biologique < 1 an (HbA1C < 3 mois si diabétique)
- Consultation cardiologique < 1 an
- Épreuve d'effort ou équivalent à discuter avec le cardiologue

Dans le cadre d'un séjour pré ou post chirurgie bariatrique, merci de nous fournir en plus des éléments ci-dessus :

- Compte-rendu de la première consultation avec le chirurgien
- Compte-rendu de la RCP
- Compte-rendu du service diététique
- Compte-rendu opératoire
- Protocole post opératoire défini par le chirurgien

Date

.....

Signature, coordonnées et cachet du médecin

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

- Médecin Hospitalisation complète: 04 66 35 75 15
- Médecin Hospitalisation de jour : 04 66 35 75 25
- Admission : 04 66 35 92 48
- Standard : 04 66 35 92 00

POUR NOUS RETOURNER LA DEMANDE D'ADMISSION

- Courrier : Clinique Les Oliviers - Cabassu CS 50023
30660 Gallargues-le-Montueux
- Par messagerie sécurisée :
secretariat.medical@cl-les-oliviers.mssante.fr

LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Il s'agit du médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie

*(Déclaration de choix du Médecin traitant Cerfa n° 12485*1).*

- Aucun
 Généraliste
 Spécialiste (spécialité : _____)
Nom du médecin : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

VOTRE MÉDECIN ADRESSEUR

Il s'agit du médecin qui vous a adressé dans notre établissement.

- Est-il votre médecin référent (auprès de la Sécurité Sociale) ? Oui Non
Nom du médecin : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

VOTRE PHARMACIE DE RÉFÉRENCE

Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement.

- Nom de la Pharmacie : _____
Nom du Pharmacien : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 1

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 2

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____

AUTRE PROFESSIONNEL 3

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

- Spécialité : _____
Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Tél. : _____
Tél. portable : _____
Mail : _____