



Accompagner
et soigner

**AU CENTRE
LE VALLESPIR**



DOSSIER DE PRÉ ADMISSION

Service nutrition et diabète





Secrétariat médical des admissions

230 rue de la Méditerranée

66160 LE BOULOU

Téléphone : 04 68 83 70 82

Fax : 04 68 83 70 23

: katia.latorre@ugecam.assurance-maladie.fr

Cadre de santé : 04 68 83 70 81

Le Boulou,

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous prescrit une hospitalisation en Soins Médicaux et de Réadaptation au Centre Le VALLESPİR. Cette hospitalisation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins concernant votre obésité et/ou votre diabète.

Vous êtes le premier acteur de ce parcours, et nous vous remercions de votre confiance.

Afin de nous permettre d'organiser votre projet de soins et de présenter votre demande d'admission à la commission médicale, nous vous demandons de remplir :

1. Le dossier administratif
2. La lettre d'information
3. Le dossier médical (A remplir par le médecin prescripteur : médecin traitant ou spécialiste).

A réception de vos dossiers et lettre d'information **dûment complétés**, votre demande d'admission sera examinée par la commission médicale dont la décision vous sera communiquée.

Le service des admissions se tient à votre disposition pour vous fournir de plus amples renseignements.

Vous souhaitant bonne réception.

L'équipe du CSMR LE VALLESPİR

1. DOSSIER ADMINISTRATIF (A renseigner par le patient)

PATIENT

Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Nationalité :

Né(e) le : Sexe : M F

Email :

Adresse :

Téléphone :

Situation de famille :

Situation professionnelle :

Personne à prévenir :

(Nom, parenté, téléphone)

N°d'immatriculation :

Organisme d'affiliation:

Position juridique : Tutelle Curatelle

Nom du référent :

Téléphone :

SÉJOUR

Dates des précédents séjours :

Hospitalisations au CSMR Le Vallespir

Périodes d'indisponibilités :

à prendre en compte



LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI VOUS ACCOMPAGNENT

Médecin traitant : Téléphone :

Email :

PHARMACIE de référence (pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement) :

Nom : Téléphone :

Adresse :

CARDIOLOGUE

Nom : Téléphone :

ENDOCRINOLOGUE

Nom : Téléphone :

PNEUMOLOGUE

Nom : Téléphone :

AUTRES (Psychiatre, Rhumatologue.....)

Nom : Téléphone :

3. DOSSIER MEDICAL (A renseigner par le médecin)

La structure actuelle de l'établissement impose que le patient ne soit pas grabataire, qu'il soit autonome pour l'alimentation, qu'il ne présente pas de trouble du comportement et qu'il ait un niveau de compréhension compatible avec l'Education Thérapeutique du Patient.

Motif de séjour

- Obésité Diabète Pré-chirurgie bariatrique

Antécédents

Mesures anthropométriques :

Poids : kg Taille : cm IMC :

Diabète :

Date de découverte :

Dernière HbA1c :

Date de découverte :

Date de début de l'insuline :

Complications :

- Cardiovasculaires (Type et date :)
- Ophtalmologiques (Date du dernier Fond d'œil :)
- Neuropathie (Localisation :)
- Rénales
- Aucune

Cardiopathie

Date :

- HTA
- Coronaropathie (Date :)
- Trouble du rythme (Date :)
- Autres :

Troubles Respiratoires

BPCO Asthme SAOS sous PPC SOH sous VNI IRC sous O2

Appareil Locomoteur

Gonarthrose Coxarthrose Hernie discale Lombalgies

Autres :

Chirurgies

Date :

Pathologie psychiatrique

Date : Type de pathologie :

Addictions

Addiction : Date de sevrage :

Allergies

Médicamenteuses:

Alimentaires :

Autres antécédents notables :

Autonomie

Toilette/Habillage	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Aide partielle	
Déplacement	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide technique :	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Aide partielle	
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> A l'effort	<input type="checkbox"/> Totale
Incontinence anale	<input type="checkbox"/> Protection	<input type="checkbox"/> Rééducation	
Etat cutané	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Plaies	
Etat dentaire	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Soins en cours	<input type="checkbox"/> Appareillé
Dispositifs médicaux	<input type="checkbox"/> Lunettes	<input type="checkbox"/> Appareils auditifs	

Quel que soit le motif du séjour, merci de joindre les documents suivants :

1. L'ordonnance du traitement en cours
2. Le compte-rendu de la dernière consultation cardiologique (si vous avez des antécédents cardiologiques)
3. Le dernier bilan biologique complet de moins de 3 mois (cf. modèle joint)

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné aux professionnels de santé. La finalité de ce traitement est d'assurer votre prise en charge médicale dans notre établissement.

Ce traitement se fonde sur l'article Article R1112-2 du code de la santé publique relatif à la constitution d'un dossier médical pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé. Les destinataires des données sont les professionnels de santé faisant partie de votre équipe de soin. La réponse à ce questionnaire est obligatoire.

La durée de conservation des données est fixée à 20 ans (vingt ans) à compter de la date du dernier séjour dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein. (Article R1112-7 code santé publique)

Conformément à l'Art.13 du Règlement européen sur la Protection des personnes, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification ou d'effacement des informations qui vous concernent ou vous opposer au traitement des informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à Monsieur le Directeur du SSR Le Vallespir 230, avenue de la méditerranée 66160 LE BOULOU, également saisir le délégué à la Protection des données (DPO) gilles.sintes@ugecam-oc.cnamts.fr. Enfin, vous disposez également du droit à introduire une réclamation auprès de la CNIL : Formulaire et modalités disponibles sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>

Cachet du médecin :

Identité du patient :

FAIRE REALISER LE BILAN BIOLOGIQUE SUIVANT

Résultats à communiquer au médecin traitant et au patient

- ALD 100%
- NFS-plaquettes
- ionogramme sanguin
- Créatininémie
- clairance de la créatinine
- ASAT, ALAT, GGT, PAL + Fib4 si disponible
- Ferritine
- CRP
- Albuminémie
- Glycémie à jeun
- HbA1c
- Cholestérol total, LDL cholestérol, HDL cholestérol, triglycérides
- TSH
- Microalbuminurie (à rayer si patient non diabétique)

En cas d'antécédent de chirurgie bariatrique, ajouter :

- 25OH-vitamine D
- PTH
- Calcémie
- Vitamine B9
- Vitamine B12