

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Nutrition Obésité

Prise en charge du surpoids et de l'obésité adulte

Partie 1

À remplir par le patient



Partie 2

À remplir avec l'aide du médecin
prescripteur



13 rue Molière, 63000 CLERMONT-FERRAND

Téléphone : 04 73 14 16 10

Email : ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr

Site internet : www.groupe-ugecam.fr/hdj-nutrition-obesite

Partie 1 : À remplir par le patient

NOTICE D'INFORMATION

• Quels documents joindre à ce dossier de préadmission ?

Afin que nous puissions examiner votre dossier, il est impératif que vous nous transmettiez également les éléments suivants :

LISTE DES DOCUMENTS OU PIÈCES A FOURNIR	COMMENTAIRES
Documents administratifs	
Pages 3 à 7 du présent dossier	
Copie d'une pièce officielle d'identité (recto/verso) (carte d'identité, carte de séjour, passeport ou livret de circulation)	
Copie de l'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale à jour de moins d'un mois (vous pouvez la demander à votre caisse d'assurance maladie ou bien la télécharger sur www.ameli.fr)	
Pour les patients hors CPAM 63 : Accord d'entente préalable de prise en charge par la sécurité sociale	
Copie de la carte mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Copie de jugement en cas de mesure de protection juridique (tutelle-curatelle)	
Documents médicaux	
Pages 9 à 14 du présent dossier	
Courriers médicaux récents : <i>comptes rendus de consultations et hospitalisations récentes : cardiologie, test d'effort, pneumologie, gastroentérologie, etc.</i>)	
Bilan sanguin récent (moins de 3 mois)	À effectuer juste avant votre admission
Ordonnance de traitement en cours	

• A qui transmettre ce dossier de préadmission ?

Une fois renseigné, le dossier doit être retourné à l'établissement, **par mail ou par courrier**, accompagné de tous les documents demandés.

SSR Nutrition Obésité
Plateau Adulte
 13 rue Molière
 63 000 CLERMONT-FERRAND
 04 73 14 16 10
ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr

• Qu'advient-il de ce dossier de préadmission ?

Il sera lu et discuté systématiquement par l'équipe pluridisciplinaire, puis le secrétariat vous contactera afin de vous proposer une première rencontre.

Identité du patient:

Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

• **LE PATIENT**

Nom de naissance : Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Lieu :
Adresse :
Code postal : Ville :
Tel domicile : Tel portable :
Adresse mail :@
Profession : Tel professionnel :

• **LA PROTECTION SOCIALE**

Assuré :

N° de Sécurité Sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Caisse de Sécurité Sociale (adresse) :

Mutuelle ou assurance complémentaire (nom, adresse complète et n° de téléphone) :

Nom de l'adhérent : N° d'adhérent :

Etes-vous dans l'un des cas suivants :

- Une affection de longue durée** (ALD, affection prise en charge à 100% par la sécurité sociale) et **nous fournir une copie du volet patient**
- Une invalidité** (nous fournir l'attestation de droits à la sécurité sociale détaillée*)
- Un arrêt de travail**
- Un accident de travail**
- Une maladie professionnelle**

*A demander directement auprès de votre caisse de Sécurité Sociale ou disponible sur votre espace www.Ameli.fr (en cochant la case « Exonération du ticket modérateur » afin d'afficher l'attestation de droits détaillée)

A, le
Signature :

Au SSR Nutrition Obésité, les frais de séjour sont composés de frais d'hospitalisation.

Le tarif (fixé par l'Agence Régionale de Santé) est actuellement de **202,94 €** par venue.

Le taux de prise en charge par votre organisme d'Assurance Maladie (CPAM, RSI, RAM...) est de 80 % soit **162,35 €**.

Le solde, de **40,59 €**, appelé ticket modérateur, représente les 20 % restant à votre charge ou éventuellement à celle de votre mutuelle.

Que reste-t-il à votre charge ?

· Rien, dans les cas suivants :

- Si dans votre contrat de mutuelle les frais de séjour sont pris en charge,
- Si vous êtes couvert par la CMU,
- Si vous êtes en maternité, *pendant les 4 derniers mois de grossesse et pendant les 12 jours qui suivent l'accouchement*,
- Si vous êtes en invalidité (hors ALD).

· Le ticket modérateur (40,59 €), dans les cas suivants :

- Si votre mutuelle ne prend pas en charge vos frais de séjour,
- Si vous avez atteint votre quota sur les « frais de séjour » (en cas de nombre de jour limité), tout établissement hospitalier confondu.

Les demandes de prise en charge sont transmises par le secrétariat aux mutuelles en amont de votre venue.

Dans le cas d'absence de réponse ou de refus de la part de la mutuelle, nous vous demanderons de régler le ticket modérateur (**40,59 €**) lors de votre rendez-vous.



Il est impératif de signaler au secrétariat dans les plus brefs délais, tout changement de mutuelle ou de régime de sécurité sociale, même en cours d'hospitalisation.



DÉMARCHES À EFFECTUER AUPRÈS DE VOTRE MUTUELLE

(Papillon à renvoyer avec votre dossier)

- ✓ Demander si ma mutuelle prend en charge le ticket modérateur sur les frais de séjour (précisez Hospitalisation de jour et le code DMT : 187)
- ✓ Demander si j'ai un nombre de jour limité pour cette garantie.

NOM : Prénom : Date de naissance :

J'ai contacté ma mutuelle le :

Ma mutuelle prend en charge les frais de séjour : Oui

Non

Nombre de jour accordé par ma mutuelle : Illimité

Limité à : jours

Nombre de jour disponible à la date d'aujourd'hui :

Identité du patient:

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Sexe :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

• SITUATION DU PATIENT

- Personnelle

- Célibataire Vie maritale Pacsés Mariés
 Séparés Divorcés Veuf
 Autre, précisez :

- Professionnelle

- Etudiant(e) En activité professionnelle
 Retraité(e) Au chômage

• TUTEUR, CURATEUR, SI MESURE DE PROTECTION

	N°1	N°2
Nom et Prénom		
Adresse		
Tél. Domicile Tél. Portable		
Mail		

• INTERVENANTS MEDICO-SOCIO-EDUCATIF

Etes-vous pris en charge par des services sociaux ou médico-sociaux ? Ou l'avez-vous été ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

Y-a-t-il une mesure de protection vous concernant actuellement ou par le passé ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

A, le

Madame, Monsieur,

- ① Au début de votre prise en charge, nous vous proposons de vous photographier afin d'intégrer cette photographie à votre dossier médical informatisé.

Cette procédure s'intègre à l'identito-vigilance qui est le système de surveillance et de **prévention des risques d'erreurs liés à l'identification du patient.**



- ② Nous vous informons également que des photographies pourraient également avoir lieu **lors d'événements au sein de notre établissement.**

Exemple : Journalistes écrivant un article sur le plateau sport en votre présence.

Ces photographies s'intègrent dans le **droit à l'image.**

Le droit à l'image permet à une personne, célèbre ou non, de **s'opposer à la diffusion**, sans son autorisation expresse, **de son image**, en ce qu'elle est un attribut de sa personnalité.



Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① Je suis d'accord pour que ma photographie soit dans le dossier médical informatisé : Oui Non

② Je suis d'accord pour être pris en photographie et que mon image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) : Oui Non

Le/...../....., à Clermont-Ferrand

Signature du patient ou de son représentant légal :

Exemplaire à remettre au SSR Nutrition Obésité

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

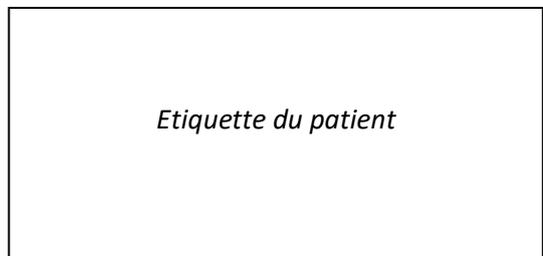
J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① Je suis d'accord pour que ma photographie soit dans le dossier médical informatisé : Oui Non

② Je suis d'accord pour être pris en photographie et que mon image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) : Oui Non

Le/...../....., à Clermont-Ferrand

Signature du patient ou de son représentant légal :



Partie 2 : À remplir avec l'aide du médecin prescripteur

Chère consœur, cher confrère,

NOTRE FONCTIONNEMENT

Vous souhaitez une prise en charge dans notre Hôpital de Jour pour votre patient en situation d'obésité, nous vous informons de notre fonctionnement :

- ❖ Prise en charge basée sur un **travail interdisciplinaire** : médical, infirmier, diététique, psychologique, activités physiques adaptées, assistante sociale ;
- ❖ En Hôpital de Jour, avec un programme comportant des **venues essentiellement en groupe sur de la demi-journée** :
Suivi sur plusieurs mois s'é espaçant progressivement (possibilité de bulletin de situation pour l'employeur), associé à un bilan intermédiaire et final.

CRITERES D'INCLUSIONS

- ❖ Être en situation d'obésité IMC supérieur à 30
- ❖ Être en situation de surpoids (avec un IMC proche de 30) avec courbe ascendante rapide du poids et/ou comorbidités médicales et/ou troubles du comportement alimentaire
- ❖ Capacité à suivre un programme incluant des **ateliers en groupe**
- ❖ Maladies psychiatriques : stabilisées
- ❖ Parler et comprendre le français

PARCOURS DANS LA REGION

L'obésité **étant une maladie chronique**, le parcours patient dans la région est organisé comme suit :

- **1^{er} niveau de prise en charge** : prise en charge de proximité par le médecin habituel, en lien avec des professionnels paramédicaux en libéral,

- **2^{ème} niveau de prise en charge** : prise en charge multidisciplinaire faisant appel à des professionnels spécialisés comme notre programme d'hôpital de jour, avec relais possible en fin de parcours vers le réseau libéral ou d'autres structures travaillant dans la même dynamique que la nôtre. Travail basé notamment sur l'écoute des **sensations alimentaires** permettant de retrouver un poids d'équilibre (différent d'un poids souhaité ou d'un poids en lien avec un IMC dit normal) (réseau **Caloris.fr**)

- **3^{ème} niveau de prise en charge** : CHU service de Nutrition clinique = CSO (Centre spécialisé de l'obésité)



À PREVOIR AVANT LA VENUE DU PATIENT

Analyse de sang récente que nous compléterons au besoin : modèle type (Page 18).

INFORMATIONS

Nous vous signalons qu'une consultation en cardiologie et/ou un **test d'effort** pourra être prescrit lors de l'évaluation initiale. Elle sera à faire en externe (conditionnant l'entrée dans le programme).

Nous vous informons que les soignants se laissent la possibilité d'annuler un parcours débuté si nous estimons que le parcours ne correspondait pas au patient, le mettait en difficulté ou bien si la notion de groupe s'avérait compliquée.

Le patient devra venir en tenue de sport et amener un carnet/stylet.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
A remplir avec l'aide du médecin traitant

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

• **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom :

Fonction / Spécialité :

Etablissement / Adresse :

Téléphone : Mail :

Date : Cachet et signature :

• **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDEE**

Résumé de situation motivant la demande de séjour :

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

Objectifs du séjour :

Stabilisation et/ou Perte de poids :

Bilan de santé et des comorbidités liées à l'obésité :

Régulation du comportement alimentaire :

Autre :

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

• ANTECEDENTS MEDICAUX

Allergies médicamenteuse ?

Oui

Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

.....
.....

Allergies alimentaires ?

Oui

Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

.....
.....

Si oui, comment s'est-elle manifestée ?

• Réaction cutanée

Oui

Non

Ne sais pas

• Œdème de Quincke

Oui

Non

Ne sais pas

• Choc anaphylactique

Oui

Non

Ne sais pas

Avez-vous été hospitalisé(e) dans ce contexte ?

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui, merci de préciser la date :

A quand remonte la dernière réaction allergique ?

Autre manifestations liées à l'ingestion d'aliments ?

Avez-vous une maladie cœliaque ?

Oui

Non

Avez-vous une intolérance alimentaire médicalement avérée ?

Oui

Non

Si oui, laquelle ?

.....
.....

La personne fume-t-elle habituellement ?

Oui

Non

Hospitalisation(s) récente(s)

.....
.....

Identité du patient :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :**

• **ETAT PHYSIQUE**

Poids actuel : Kg

Taille actuelle : Cm

IMC :

Groupe sanguin :

	Oui	Non
Problème thyroïdien		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Essoufflement au repos		
Essoufflement à l'effort		
Apnée du sommeil		
Appareil respiratoire de nuit		
Arthrose ou maladie articulaire		
Maladie hépatique : stéatose connue, autre		
Appareillage ou installation spécifique		
Autres antécédents :		

Identité du patient :

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :**

• **PRISE EN CHARGE EN COURS**

MEDICALE :

Avez-vous actuellement un traitement ? Oui Non

Si oui, veuillez apporter vos ordonnances en cours à chaque rendez-vous.

Bénéficiez-vous d'une aide à la prise médicamenteuse ? Oui Non

Si oui, laquelle (infirmière à domicile, assistante de vie, pilulier, famille...) ?

Vous sentez-vous dans le besoin d'être accompagné pour la prise de vos médicaments ? Oui Non

Commentaires :
.....
.....



En dehors des situations d'urgences et/ou particulières évaluées par un médecin, l'établissement ne délivre pas de médicaments au cours de vos venues au SSR Nutrition Obésité.
Veuillez alors apporter vos traitements habituels **DANS LEURS BOITES si vos venues correspondent à l'heure de prise** de ces derniers.

Modifications de traitement :

- Afin de sécuriser vos prises médicamenteuses, il est essentiel qu'au cours de votre prise en charge au sein du SSR Nutrition Obésité, vous informiez les professionnels de santé de toutes éventuelles modifications de traitement.
- A ce titre, votre médecin traitant pourra éventuellement être contacté par l'établissement pour lui demander si des modifications de votre traitement ont été opérées.

NUTRITIONNELLE :

Bénéficiez-vous actuellement d'un accompagnement pour votre poids ? Oui Non

Si oui, auprès de quel(s) professionnel(s) ?

Si oui, auprès de quel établissement de santé ?

Commentaires :
.....
.....

A, le

Signature :

Je soussigné(e) Docteur certifie que l'état de santé du patient :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° d'immatriculation :

Nécessite une prise en charge en **SSR Nutrition-Obésité** situé au

13 Rue Molière
63000 CLERMONT FERRAND

pour un surpoids ou une **obésité** de grade 1 à 3 et/ou multi compliquée de l'adulte.

A, le

Tampon et signature médecin :

Afin de vous prendre en charge dans les meilleures conditions, nous vous remercions de nous apporter un **bilan biologique complet** (prise de sang) datant **de moins de 3 mois** lors de votre première venue (Hôpital de jour d'orientation), avec :

- **NFS plaquettes**
- **Clairance de la créatinine**
- **Natrémie et kaliémie**
- **Calcémie, et calcémie corrigée**
- **Albumine préalbumine**
- **ASAT ALAT GGT PAL**
- **CRPus**
- **Ferritinémie, Coefficient de saturation de la transferrine**
- **Glycémie à jeun, HbA1C, test de HOMA (avec glycémie à jeun et insulïnémie à jeun)**
- **CT LDL HDL TG**
- **TSHus**
- **25 OH vitamine D (HN)**

Merci d'en discuter avec votre médecin traitant pour la prescription de ce bilan complet et/ou des éléments manquants à votre dernier bilan.

En cas d'impossibilité, ce bilan vous sera prescrit par les médecins du SSR à l'issue de votre première venue.

HOMA = index d'insulinorésistance, positif si supérieur à 2.26