



**LE VALLESPIR**  
Centre de Soins Médicaux  
et de Réadaptation



Accompagner  
et soigner

**AU CENTRE  
LE VALLESPIR**

**DOSSIER DE PRÉ ADMISSION**  
Service nutrition et diabète



UN GROUPE DE



## Centre Le Vallespir

Centre de Soins Médicaux et de réadaptation  
230, Rue de la méditerranée  
66160 LE BOULOU  
FAX : 04 68 83 70 23

Technicienne d'admission : 04 68 83 70 82  
Secrétariat médical : 04 68 83 70 44  
Cadre de santé : 04 68 83 70 67

## Le Boulou,

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous prescrit une hospitalisation en Soins Médicaux et de Réadaptation au Centre Le VALLESPIR. 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 suivant**
- 2. Votre ordonnance en cours (copie)**
- 3. Compte-rendu de votre dernière consultation de cardiologie**
- 4. Bilan biologique de moins de 3 mois (comme dernière page)**

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 VALLESPIR

## 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:

Protection juridique :  Tutelle  Curatelle

Nom du référent :

Téléphone :

### SÉJOURS ANTÉRIEURS

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 :

### PSYCHIATRE / PSYCHOLOGUE

Nom :  Téléphone :

### AUTRES (Rhumatologue...)

Nom :  Téléphone :

## 2. LETTRE D'INFORMATION (A renseigner par le patient)

Quelle est l'histoire de votre maladie ? Qu'attendez-vous que notre équipe vous apporte sur le plan de votre maladie, sur le plan diététique, psychologique et de l'activité physique ? Avez-vous des inquiétudes auxquelles nous pourrions répondre ?

### 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 :

##### Complications :

- Type :                        Cardiovasculaires (Type et date : .....)
- Date de découverte :                        Ophtalmologiques (Date du dernier Fond d'œil : .....)
- Date insuline :                        Neuropathie (Localisation : .....)
- Dernière HbA1c :                        Rénales
- Aucune

##### Cardiopathie

- HTA (Date : .....)
- 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	

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](mailto: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 :

Lieu :

Date :

## 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