



LE VALLESPIR
Centre de Soins Médicaux
et de Réadaptation



Accompagner
et soigner

**AU CENTRE
LE VALLESPIR**

DOSSIER DE PRÉ ADMISSION
Service nutrition et diabète



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 ?

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. 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

 <p>Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés CENTRE S.S.R. LE VALLESPIR</p>	Procédure Recueil de la personne de confiance		Date : 01/03/2021
	Référence : DDP - PRC - 04	Version :3	Page 4 sur 7

DESIGNER SA PERSONNE DE CONFIANCE

selon l'art, 1111-6 du code santé publique

•

Vous êtes hospitalisé au centre « LE VALLESPIR », la **loi du 4 mars 2002** vous donne la possibilité lors de chaque hospitalisation de nommer une personne de confiance.

A votre demande, elle vous accompagnera dans vos démarches au centre, pourra assister aux entretiens médicaux, et vous aider dans vos décisions médicales.

Dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté et ce en dehors des situations d'urgence, elle pourra être consultée par l'équipe médicale, exprimera vos souhaits et recevra les informations médicales.

Vous devez obtenir son accord et l'informer que ses coordonnées figureront dans votre dossier médical et informatique. **Vous restez libre dans votre décision et pouvez à tout moment la révoquer.**

Je, soussigné(e):

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Hospitalisé(e) au centre Le Vallespir au Boulou, déclare être majeur et avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :

Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je désire désigner comme personne de confiance :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

lien avec le patient:

Adresse :

Téléphone (s) : __/__/__/__/__

__/__/__/__/__

Fait à:

le:

Signature du patient:

Signature de la personne
de confiance:

L'état du patient ne permet pas la désignation d'une personne de confiance

Je peux mettre fin à cette désignation à tout moment en utilisant la zone ci-après :

Révocation de la personne de confiance

date:

signature du patient: