



**CLINIQUE LES OLIVIERS**  
Soins de Suite – Réadaptation Nutritionnelle  
BP 1  
30660 GALLARGUES LE MONTUEUX

## DOCUMENT D'ADMISSION DU PATIENT EN SECTEUR READAPTATION NUTRITIONNELLE

Madame, Monsieur,

Vous avez manifesté le souhait d'effectuer un **séjour dans notre établissement en secteur de réadaptation nutritionnelle** et nous vous remercions de votre confiance.

Afin de préparer au mieux votre séjour, **il est impératif que les documents joints nous parviennent complètement renseignés**. Dans le cas contraire, votre demande d'admission sera rejetée.

### Un dossier complet comprend :

- le Dossier administratif d'admission renseigné par vos soins ;
- le Dossier médical à faire compléter par votre Médecin avec Cachet et Signature de ce dernier ;
- le Dossier diététique complété renseigné par vos soins ;
- le Dossier éducatif complété renseigné par vos soins ;
- le Formulaire de désignation de la personne de confiance renseigné par vos soins ;
- une photocopie de votre attestation Carte Vitale ;
- une photocopie de votre Carte Mutuelle Recto-Verso ;
- une photocopie de votre Carte Identité Recto-Verso ou Passeport.

**Votre dossier médical d'admission sera transmis dès sa réception au Médecin endocrinologue de notre établissement pour avis.** (*L'admission doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux - article D. 6124-177-5 - permettant de valider ou non l'adéquation de votre orientation vers notre établissement*).

**Si un refus d'admission est prononcé**, vous et votre médecin recevrez un courrier vous informant du refus et de son motif.

**Si un accord d'admission est prononcé**, vous recevrez un appel du bureau des admissions afin de planifier votre venue en journée de pré admission et votre séjour en hospitalisation complète.

Nous restons à votre disposition pour vous fournir de plus amples renseignements,

Vous souhaitant bonne réception,

Les professionnels de la Clinique Les Oliviers

### POUR NOUS JOINDRE

- Pour prévoir vos dates d'hospitalisation : 04 66 35 75 14 ou [c.jalbaud@cl-les-oliviers.fr](mailto:c.jalbaud@cl-les-oliviers.fr)
- Pour des questions concernant la prise en charge de votre hospitalisation : 04 66 35 92 48
- Standard : 04 66 35 92 00
- Fax : 04 66 35 92 50



CLINIQUE LES OLIVIERS  
Soins de Suite – Réadaptation Nutritionnelle  
BP 1 – 30660 GALLARGUES LE MONTUEUX  
[admissions@cl-les-oliviers.fr](mailto:admissions@cl-les-oliviers.fr)

A LIRE ET A  
CONSERVER

## FRAIS A ACQUITTER LORS DE VOTRE DEPART

### TARIFS AU 1<sup>er</sup> MARS 2017

#### TARIFS DE RESPONSABILITE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Prestation	Libellé prestation	Date d'effet	Prix unitaire
<b>HOSPITALISATION COMPLETE</b>			
<b>PJ</b>	Prix de Journée	01/03/2017	130,93€
<b>ENT</b>	Forfait d'Entrée	01/03/2017	61,51€
<b>PHJ</b>	Forfait de médicaments	01/03/2017	4,07€
<b>PMS</b>	Forfait prestation PMSI	01/03/2017	6,12€
<b>SSM</b>	Forfait surveillance médicale	01/03/2017	7,50€
<b>FJ</b>	Forfait Hospitalier Ticket Modérateur	01/03/2017	18,00€

#### PRESTATIONS HOTELIERES

Libellé	Tarif
Chambre particulière	54,00€ par jour
Forfait TV pour chambre double	3,50€ par jour
Repas accompagnant (inscription à l'accueil)	8€

#### PRESTATIONS DIVERSES

Libellé	Tarif
Soins esthétiques	Tarifs et inscription à l'accueil
Soins pédicures et podologiques	Tarifs et inscription à l'accueil
Livre de recettes adaptées	5,00€
Accès Wifi	Gratuit, demande à l'accueil

#### CAUTION DE GARANTIE

Libellé	Tarif
Caution de garantie pour non paiement ou dégradation de matériel	200€ (à l'ordre de « Clinique Les Oliviers »)

*Cette caution de 200€ est réclamée à l'ensemble des patients hospitalisés en secteur de Réadaptation Nutritionnelle.*

*Ce dépôt vous sera restitué à la fin de votre séjour si la prise en charge est COMPLETE. Il pourra cependant être encaissé en cas de non paiement ou de dégradation de matériel.*

A LIRE ET A  
CONSERVER

## NOTICE D'INFORMATION GENERALE

### ① Avant votre arrivée dans l'établissement :

- ✓ Faites renouveler votre 100% par votre médecin traitant ;
- ✓ Mettez à jour votre Carte Vitale et votre Attestation de Droit ;
- ✓ Vérifier votre Carte Mutuelle et vos droits CMU (pour la période de référence).

① **Pour tous les frais non pris en charge ou partiellement pris en charge par la mutuelle** (frais de chambre particulière, forfait journalier...), la Clinique vous informera par téléphone du reste à charge lors de votre entrée et un devis estimatif vous sera délivré.

Une caution (chèque ou espèces) pour l'ouverture de la télévision et du téléphone est nécessaire.

Veillez prévoir un moyen de paiement fixé à votre convenance pour vous acquittez des frais qui seront à votre charge.

① **Afin d'éviter tout problème de règlement de votre séjour**, nous vous demandons de vous rapprocher de votre complémentaire santé (Mutuelle ou Assurance) pour qu'elle vous délivre une **PRISE EN CHARGE** écrite pour votre séjour précisant les montants et la durée. Ce document peut être faxé directement à la Clinique au 04 66 35 92 50.

Pour cela vous devez leur communiquer les données suivantes :

- Numéro FINESS de la Clinique : 300 780 491
- Code discipline (DMT) : 03 – 627 Moyen séjour indifférencié
- Durée du séjour : 21 jours en moyenne

① **Tiers Payant** : en raison de difficultés avec certaines mutuelles (dont Mutuelles de la Fonction Publique, CEGEMA, ISANTE, ACTIL, GAN), l'établissement ne pratique plus de Tiers Payant. Un devis du montant des frais engagés vous sera remis lors de votre entrée et vous devrez faire l'avance intégrale des frais liés à votre séjour avant votre sortie.

① **Affection de Longue Durée (ALD), 100% et Invalidité** : l'établissement est conventionné avec la Sécurité Sociale. Toutefois, même si vous souffrez d'une ALD et bénéficiez d'une prise en charge à 100% des frais de santé ou si vous bénéficiez d'une reconnaissance « Invalidité » sachez que les frais de chambre particulière, le forfait hospitalier et le forfait de sortie restent à votre charge ou à celle de votre complémentaire santé (à condition de la délivrance d'une prise en charge par cette dernière). A défaut de prise en charge ou en cas de couverture partielle, nous vous présenterons un devis et des factures hebdomadaires.

① **Veillez ne pas apporter d'objets de valeur** (bijoux, PC portable, argent...) pour éviter tout vol ou toute perte. L'établissement décline toute responsabilité en cas d'incident de cet ordre.

① **Votre traitement médical sera fourni par l'établissement** durant toute la durée de votre séjour. Cependant nous vous demandons d'apporter vos médicaments pour les 48 premières heures de votre hospitalisation.

### ① Le jour de vos journées d'hospitalisation, pensez à venir avec :

- votre Carte vitale mise à jour ;
- votre Carte de mutuelle ;
- votre Carte Identité ou Passeport ;
- Bloc note et stylo pour les séances éducatives proposées par l'équipe pluridisciplinaire ;
- Maillot de bain, peignoir de bain, tongs, serviette pour les séances d'aquagym ;
- Tenue de sport et chaussures adaptées à la pratique d'activité physique ;
- Prévoyez un moyen de paiement (chèque, carte bleue ou espèces) pour l'acompte des éventuels frais restant à votre charge.

A LIRE ET A  
CONSERVER

## DROITS ET OBLIGATIONS

### 1-Règles à observer dans la vie interne de l'établissement

#### Hygiène

L'Hygiène est un devoir envers soi-même pour le respect de tous. L'hygiène dans une clinique est une priorité. Outre les protocoles rigoureux que nous mettons en œuvre, la formation continue de notre personnel, notre devoir est aussi d'informer le patient et les visiteurs sur les règles de base d'hygiène, les fleurs et plantes sont interdites.

#### Relation avec le personnel

La plus grande courtoisie doit être la règle de parts et d'autres. En cas de difficultés, veuillez en informer la Direction ou un Médecin.

#### Dégradations

En cas de dégradation causée par vous-même ou un accompagnant, la Direction se réserve le droit de réclamer les frais de remise en état ou de remplacement.

#### Nuisances sonores

Le silence constitue l'un des éléments du confort et du rétablissement des malades. Il est donc de rigueur dans toute la clinique.

Patients et visiteurs doivent respecter cette consigne particulièrement entre 13h30 et 15h et après 21h.

### 2-Sécurité incendie et interdiction de fumer

En situation d'incendie, il est important de conserver son calme et de suivre les indications du personnel.

N'utiliser les sorties de secours qu'en cas d'urgence.

Pour des raisons de sécurité, l'utilisation des multiprises est interdite dans les chambres.

Pour la sécurité de tous et conformément au décret 2006-1386 du 15 novembre 2006, il est strictement interdit de fumer dans l'ensemble du bâtiment, y compris les terrasses ainsi qu'à proximité des chambres des patients.

De plus la nature des personnes accueillies dans un établissement de soins fait qu'une cigarette peut avoir des conséquences tragiques. Toute personne ne respectant pas cette consigne sera exclue de l'établissement.

### 3- Informations concernant votre état de santé

L'ensemble des informations concernant votre état de santé vous sera délivré au cours d'un entretien individuel avec votre praticien sauf en cas d'urgence ou d'impossibilité (état d'inconscience, coma ou handicap mental).

L'information concernant votre état de santé porte sur :

- Les différentes investigations proposées,
- Les traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence, leurs conséquences,
- Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles,
- Les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus,
- Les risques nouveaux identifiés postérieurement à l'exécution des actes.

Vous prenez, avec le professionnel de santé, et suivant les informations qui vous ont été fournies, les décisions concernant votre santé. Votre consentement est requis et vous pouvez le retirer à tout moment.

### 4- Directives anticipées (cf article L.1111-11 du Code de la Santé Publique)

Toute personne, majeure peut, si elle le souhaite, rédiger des directives anticipées pour le cas où, en fin de vie, elle serait hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives indiquent ses souhaits concernant les conditions de limitation ou d'arrêt de traitement. Elles seront consultées préalablement à la décision médicale et leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical. Renouvelable tous les trois ans, les directives anticipées peuvent être, dans l'intervalle, annulées ou modifiées à tout moment. Si vous souhaitez que vos directives soient prises en compte, sachez les rendre accessibles au médecin qui vous prendra en charge au sein de l'établissement : confiez-les-lui ou signalez leur existence et indiquez les coordonnées de la personne à laquelle vous les avez confiées.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les directives anticipées, une fiche informative est à votre disposition à l'accueil.

## 5-Votre droit d'accès au dossier médical (cf articles L.1111-7 et R.1111-9 du Code de la Santé Publique)

Un dossier médical est constitué au sein de l'établissement. Il comporte toutes les informations de santé vous concernant.

Il vous est possible d'accéder à ces informations, en en faisant la demande écrite auprès de la Direction, accompagnée d'une photocopie de votre pièce d'identité. Elles peuvent vous être communiquées soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin que vous choisissez librement. Vous pouvez également consulter sur place votre dossier, avec ou sans accompagnement d'un médecin, selon votre choix.

Les informations contenues dans votre dossier médical ne peuvent être mises à votre disposition avant un délai minimum de 48 heures après votre demande et au plus tard dans les huit jours. Si toutefois les informations datent de plus de cinq ans, ce délai est porté à deux mois.

Si vous choisissez de consulter le dossier sur place, cette consultation est gratuite.

Si vous souhaitez obtenir copie de tout ou partie des éléments de votre dossier, les frais de reproduction et d'envoi sont à votre charge.

Votre dossier médical est conservé pendant vingt ans à compter de la date de votre dernier séjour.

Si vous souhaitez en savoir plus sur les règles d'accessibilité à votre dossier médical, une fiche informative est à votre disposition à l'accueil.

## 6-Modalités d'accès au dossier administratif

Le secrétariat est ouvert de 9h à 12h et de 14h à 18h du lundi au vendredi.

## 7- Vos plaintes, réclamations, éloges, observations ou propositions (cf articles R.1113-79 à R.1112-94 du Code de la Santé Publique)

Si vous n'êtes pas satisfait(e) de votre prise en charge, nous vous invitons à vous adresser directement au responsable concerné. Si cette première démarche ne vous apporte pas satisfaction, vous pouvez demander à rencontrer le Directeur pour recueillir votre plainte ou réclamation.

Si vous préférez vous pouvez lui écrire à l'adresse suivante :

Clinique Les Oliviers  
A l'attention de la Direction  
BP 1  
30660 GALLARGUES LE MONTUEUX

La Direction veillera à ce que votre plainte ou réclamation soit instruite selon les modalités prescrites par le Code de la Santé Publique et fera le lien avec la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Elle pourra le cas échéant vous mettre en relation avec un médiateur médecin ou non, membre de la CRUQPC.

Le médiateur vous recevra, vous et votre famille éventuellement, pour examiner les difficultés que vous rencontrez.

La CRUQPC a pour mission de veiller à ce que vos droits soient respectés et de vous aider dans vos démarches. Elle peut être amenée dans certains cas à examiner votre plainte ou réclamation. De plus, elle recommande à l'établissement l'adoption de mesures afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes hospitalisées et de leurs proches. Pour établir ces recommandations, la CRUQPC s'appuie, en particulier, sur toutes les plaintes, réclamations, éloges, remarques ou propositions : c'est pourquoi, il est très important, que vous soyez satisfait ou non, de nous en faire part.

Si vous souhaitez en savoir plus sur la CRUQPC et sur la façon dont votre plainte ou réclamation sera instruite, une fiche informative est à votre disposition à l'accueil.

## 8- Evaluation de la satisfaction des usagers

La qualité des conditions d'accueil et de séjour dans l'établissement étant une de nos priorités, nous mettons à votre disposition un « Questionnaire d'appréciation du séjour » afin de nous faire part de vos impressions, critiques et suggestions. Nous vous remercions de compléter ce questionnaire au moment de votre sortie et de le déposer à la réception lors de votre départ. Vos réponses sont transmises à la direction et font l'objet d'un traitement statistique en continu et d'une présentation mensuelle aux services concernés. Vous pouvez prendre connaissance de l'évaluation mensuelle des questionnaires d'appréciation du séjour en vous adressant à la responsable qualité.

## 9- La lutte contre les infections nosocomiales

Vous pouvez consulter ces résultats sur le site du ministère : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Les infections nosocomiales sont des infections acquises dans les établissements de santé et peuvent concerner tant les patients que le personnel.

D'autres sont d'origine externe. Une partie des infections peut être évitée grâce à l'application de mesures d'hygiène préventives.

Les professionnels de la clinique mettent tout en œuvre pour limiter au maximum la survenue de ces infections.

Un programme annuel est élaboré par la Commission Médicale d'Établissement qui en assure son suivi.

L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène assure la mise en œuvre de ce programme.

Si au cours de votre hospitalisation, vous souhaitez disposer d'informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec la responsable qualité.

## 10- Respect de la confidentialité

Vous pouvez demander que votre présence dans l'établissement ne soit pas divulguée à des tiers extérieurs en le signalant au bureau des entrées dès votre arrivée.

## 11- Engagement environnemental

La clinique a signé en décembre 2011 la charte « two for ten » et s'est engagée à respecter les 10 gestes essentiels pour réduire ses consommations et ses émissions de gaz à effet de serre de 20% d'ici 2020. Les 10 attitudes à cibler sont :

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | 1. Diminuer la quantité de nos déchets                          |   | 6. Acheter des produits éco-labellisés                  |
|  | 2. Diminuer notre consommation d'eau                            |  | 7. Adopter le bon geste « nous éteignons »              |
|  | 3. Réduire les supports papier, tout en assurant la traçabilité |  | 8. Optimiser nos consommations de restauration          |
|  | 4. Compenser et réduire l'émission des gaz à effets de serre    |  | 9. Optimiser les flux de transports                     |
|  | 5. Ajuster la température et chasser les excès                  |  | 10. Engager nos prestataires, clients et collaborateurs |

## 12- Informatique et Liberté

L'établissement dispose pour tout malade hospitalisé d'un dossier médical informatisé, élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins, qui a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL numéro 1227128 v0 enregistrée le 04 avril 2007. Tout patient peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la Direction de la Clinique.

A LIRE ET A  
CONSERVER



CLINIQUE LES OLIVIERS  
Soins de Suite – Réadaptation Nutritionnelle  
BP 1 – 30660 GALLARGUES LE MONTUEUX  
Tél. : 04 66 35 92 00 – Fax : 04 66 35 92 50  
[admissions@cl-les-oliviers.fr](mailto:admissions@cl-les-oliviers.fr)

### Cadre réservé à l'établissement

Reçu le :

- Dossier complet  
 Dossier incomplet manque:  
 Copie des cartes  
 PEC SS

## DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION

### FORMALITES ADMINISTRATIVES :

PATIENT	ASSURE
<p>Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Mail : _____ Profession : _____ Situation familiale : _____ Nationalité : _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Position juridique</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tutelle    <input type="checkbox"/> Curatelle    <input type="checkbox"/> Capable Majeur</p> <p>Nom du référent : _____ Adresse complète : _____ Téléphone : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> L'assuré est le patient. <input type="checkbox"/> L'assuré n'est pas le patient (dans ce cas veuillez renseigner ce qui suit).</p> <p>Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____</p>
CAISSE D'ASSURANCE MALADIE	MUTUELLE
<p>N° Sécurité Sociale : _____ Caisse : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ CMU : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Nom : _____ N° Adhérent : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____</p>

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

## VOTRE FUTURE HOSPITALISATION A LA CLINIQUE LES OLIVIERS

Période d'hospitalisation souhaitée (Votre date d'entrée vous sera fixée par la Clinique qui essaiera de tenir compte de votre souhait) : \_\_\_\_\_

**Attention : une journée de pré admission aura lieu entre 2 et 4 semaines avant votre hospitalisation complète.**

Précédents séjours à la Clinique « Les Oliviers » : \_\_\_\_\_

### CHOIX DE VOTRE CHAMBRE

- Chambre double (sans supplément)  
 Chambre particulière (supplément de 54€ par jour)

**Attention : nous vous rappelons que l'attribution d'une chambre particulière s'effectue sous réserve des disponibilités de l'établissement le jour de votre entrée. Ce choix initial ne garantit pas l'obtention d'une chambre particulière.**

#### VOTRE MEDECIN REFERANT

*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 : \_\_\_\_\_

#### MEDECIN 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 : \_\_\_\_\_

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

## ATTESTATION D'ENGAGEMENT ET DE RESPECTS DES DROITS ET OBLIGATIONS

*du Patient – du Tuteur Légal (si personne incapable majeur)*

Je soussigné (e) (Nom/Prénom) : \_\_\_\_\_

### 1) M'engage :

- ☒ A respecter les Droits et Obligations (*pages 4 à 6 de ce dossier*) en vigueur dans l'Etablissement .
- ☒ A fournir les attestations de prise en charge (*Sécurité Sociale, Caisses diverses, Mutuelles*) des frais de séjour, ou, à défaut, à régler les frais de séjour restants à ma charge.
- ☒ A m'impliquer dans mon projet thérapeutique et dans le programmes d'Education Thérapeutique et à assister aux séances de ce programme afin de garantir la réussite de mon projet de santé (*le programme est explicité dans le document remis avec le dossier d'admission*).

### 2) d'une façon générale :

- ☒ Je dégage la responsabilité de l'Etablissement en cas d'accident indépendant de ses attributions ou suite à un manquement au règlement intérieur.
- ☒ J'accepte les soins, les examens et le traitement prescrits par le Médecin de l'Etablissement.
- ☒ Avoir été informé(e) par mon chirurgien du Projet thérapeutique qui justifie mon hospitalisation à la Clinique Les Oliviers.

Date et Signature, *Précédées de la mention « Lu et Approuvé »* :

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR

*La personne à prévenir (loi 2002-303 du 4 mars 2002) est la personne qui sera contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'évènements particuliers, au cours de votre hospitalisation, d'ordre organisationnel ou administratif (par exemple lors d'un transfert vers un autre établissement de santé). Cette personne peut également être amenée à des démarches administratives à votre place (fournir des renseignements, rapporter vos effets personnels, votre courrier, s'occupe de contacter votre famille...).*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature du patient :

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE de CONFIANCE

Loi du 04/04/2002 relative aux droits du malade article L.1111-6 du code de la santé publique

Vous allez être admis en hospitalisation à la Clinique Les Oliviers. Afin que votre séjour se passe dans les meilleures conditions et que vos droits soient respectés, vous avez la possibilité de désigner une « **personne de confiance** ».

Il s'agit d'une personne majeure, suffisamment proche de vous pour connaître vos convictions et à qui vous faites confiance (membre de la famille, ami(e), voisin, médecin traitant). Cela ne vous empêche pas de désigner une ou plusieurs autre(s) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Cette personne pourra si vous le souhaitez, vous aider dans les démarches à accomplir et assister à vos entretiens afin de vous conseiller dans les meilleurs choix thérapeutiques à adopter.

Sa présence pourra également s'avérer indispensable si vous ne deviez plus être en mesure de recevoir les informations médicales, ni consentir à des actes thérapeutiques. Elle deviendrait alors un interlocuteur privilégié et serait la seule personne consultée par l'équipe médicale qui pourrait adapter au mieux le traitement en fonction des impératifs médicaux et de vos convictions.

Cette désignation est facultative, elle doit être faite par écrit et figurer dans votre dossier médical.

Elle dure le temps de votre hospitalisation. Néanmoins, elle est révoquée à tout moment par écrit : il vous suffit d'en avertir le personnel soignant et désigner, le cas échéant, une nouvelle personne de confiance.

### Formulaire de désignation et de révocation :

VOUS	PERSONNE DE CONFIANCE
Je soussigné (e) Mme, Mlle, M. : _____	Mme, Mlle, M. : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
Ville : _____	Ville : _____
Tél. : _____	Tél. : _____
Tél. portable : _____	Tél. portable : _____
<b>Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et :</b>	<b>Qui deviendra personne de confiance.</b>
<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas en désigner une.	
<input type="checkbox"/> Souhaite désigner :	

**Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance. Cela vaut pour la toute la durée de l'hospitalisation, sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.**

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

- Mon médecin traitant
- Un membre de la famille. Merci de préciser le lien de parenté : \_\_\_\_\_
- Un proche (ami, voisin)

Fait à Gallargues le Montueux, le : \_\_\_\_\_ Signature du patient :

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

Etat confirmé par : \_\_\_\_\_

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

## DOSSIER MEDICAL

### Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans  
 Taille : \_\_\_\_\_ m Poids : \_\_\_\_\_ kg IMC : \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>  
 Tour de taille : \_\_\_\_\_ cm Tension artérielle : \_\_\_\_\_

### Diagnostic actuel motivant la prise en charge

Obésité     Diabète type 1     Diabète type 2

**Prise en charge de l'excès pondéral en cours :**     OUI     NON    par : \_\_\_\_\_  
 Médecin généraliste    NOM : \_\_\_\_\_    Ville : \_\_\_\_\_  
 Endocrinologue    NOM : \_\_\_\_\_    Ville : \_\_\_\_\_  
 Diététicien    NOM : \_\_\_\_\_    Ville : \_\_\_\_\_  
 Psychologue/Psychiatre    NOM : \_\_\_\_\_    Ville : \_\_\_\_\_  
 Centre spécialisé    NOM : \_\_\_\_\_    Ville : \_\_\_\_\_  
 Autre prise en charge en cours, précisez : \_\_\_\_\_

### Diverses informations médicales

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  
 Le patient a-t-il bénéficié d'une transfusion sanguine dans l'année ? :     OUI     NON

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

Hypertension artérielle     Syndrome d'apnée du sommeil     INS cardiaque  
 Hypercholestérolémie     Syndrome métabolique     Stéatohépatite  
 Dysthyroïdie     Dépression     Arthropathies  
 Autres : \_\_\_\_\_

### Evaluation Autonomie

<b>Toilette/Habillage</b>	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Déplacement</b>	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/> Sans aide	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
<b>Incontinence urinaire</b>	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Complète
<b>Incontinence anale</b>	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Complète
<b>Relation/Communication</b>			
<b>Vision</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Appareillée	<input type="checkbox"/> Cécité
<b>Audition</b>	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Déficit	<input type="checkbox"/> Surdité
<b>Expression</b>	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Difficultés
<b>Compréhension</b>	<input type="checkbox"/> Satisfaisante	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Difficultés
<b>Comportement</b>	<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Angoissé	<input type="checkbox"/> Agité
<b>État cutané</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Plaies	

**Appareillage/Prothèse/Orthèse :**  Oui     Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### Evaluation des possibilités de pratique d'activités physiques

Votre patient présente-t-il des **incapacités physiques** limitant la mobilisation physique active ?  Oui     Non.

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Réalisation d'un **Bilan cardiologique** :  Oui (Date : \_\_\_\_\_)  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Réalisation d'une **Epreuve d'Effort** :  Oui (Date : \_\_\_\_\_)  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), certifie avoir examiné M/Mme \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_ et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'activités physiques adaptées proposées lors du séjour à la Clinique Les Oliviers (Marche, Marche Nordique, Aquagym, Gymnastique douce, Renforcement musculaire).

A RENSEIGNER PAR  
VOTRE MEDECIN ET A  
ADRESSER A LA  
CLINIQUE

### Evaluation de la douleur

EVA= /10 Siège = \_\_\_\_\_

### Evaluation psychique

Votre patient présente -t-il des troubles psychiques ou cognitifs limitant la compréhension ou l'apprentissage de nouvelles informations ? :  OUI  NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Si oui, la pathologie de votre patient est-elle stable ?  OUI  NON

*N.B. : la prise en charge à la Clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable.*

**Troubles du comportement alimentaire :**

Boulimie  Compulsions  Hyperphagie  Grignotages  Tachyphagie

### Traitement en cours

Veillez noter précisément, sur le tableau ci-après, le traitement en cours de votre patient ainsi que toutes les informations nécessaires (Allergies) à la prise en charge médicale et paramédicale de votre patient(e). Une copie des traitements en cours validée par vos soins peut être fournie.

Médicaments	Dosage	Forme galénique	Posologie	Traitement chronique	
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non
				Oui	Non

### Allergies

Médicamenteuses : \_\_\_\_\_

Alimentaires : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### Objectifs thérapeutiques dans la prise en charge de l'obésité (WHO, 2000 ; INSERM 2006, HAS, 2011) :

- Stabilisation de la situation pondérale** visant le maintien du poids du long terme
- Favoriser la perte de poids** en adoptant des modifications thérapeutiques de ses modes de vie en visant une perte de poids de 5 à 15% du poids initial en 6 à 12 mois. (Si autre objectif de perte de poids, précisez : \_\_\_\_\_)
- Traitement de la ou des comorbidité(s)**. Comorbidités à traiter prioritairement au cours de ce séjour : \_\_\_\_\_)
- Améliorer la qualité de vie** sans ses trois dimensions (somatique, psychologique et sociale) en favorisant l'amélioration du bien être, de l'estime de soi, de l'intégration sociale...

Des objectifs thérapeutiques et éducatifs spécifiques seront fixés en fonction des objectifs thérapeutiques généraux définis et partagés entre le patient, vous et notre équipe.

Les moyens thérapeutiques mobilisés au cours du séjour seront de l'ordre de la Réadaptation à l'effort, la Réadaptation nutritionnelle, l'Accompagnement psychosocial, l'Education thérapeutique du patient.

Un suivi médical sera assuré au cours du séjour par nos Médecins Généralistes et notre Médecin Endocrinologue.

**Je, soussigné(e)** \_\_\_\_\_, certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées ci-dessus et certifie que l'état de santé de M \_\_\_\_\_ nécessite une prise en charge en secteur Réadaptation Nutritionnelle à la Clinique Les Oliviers.

**Date, signature et cachet du Médecin**

A RENSEIGNER PAR  
VOTRE MEDECIN ET A  
ADRESSER A LA  
CLINIQUE

## DOSSIER EDUCATIF

### EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

#### Qu'est ce que « l'éducation thérapeutique du patient » ?

- L'éducation thérapeutique du patient permet à un individu malade d'acquérir ou de maintenir des compétences permettant la gestion d'une maladie chronique.
- L'éducation thérapeutique du patient fait partie intégrante et durablement d'une prise en charge de soins.
- Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre conscient et informé de la maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.
- Ceci a pour but de d'aider le patient et son entourage, à comprendre votre maladie, votre traitement, à collaborer ensemble et à assumer vos responsabilités dans votre propre prise en charge.

#### Comment se déroule le programme d'éducation à la clinique?

En pratique le programme se déroule en 4 étapes :

- 1) Déterminer avec vous vos besoins en entretiens individuels,
- 2) S'accorder sur les objectifs personnalisés du programme entre vous et l'équipe soignante et sur la manière dont vous pourrez atteindre ces objectifs.
- 3) Réaliser un programme grâce à des séances collectives et individuelles
- 4) Evaluer les résultats de votre programme.

#### Quels bénéfices puis-je en retirer ?

Les bénéfices sont propres à chacun, mais vont généralement dans le sens d'une amélioration de :

- la mise en place d'objectifs concrets, motivants, réalisables et évaluables ;
- la perte de poids ;
- la qualité de vie ;
- l'application d'une alimentation équilibrée ;
- de mon comportement alimentaire et de la relation à l'alimentation ;
- la pratique d'une activité physique régulière et adaptée
- la confiance en soi et ma capacité à faire face aux situations difficiles ;
- la gestion du stress et des situations angoissantes

#### De quelle manière devrais-je participer ?

Vous devrez participer activement aux ateliers collectifs et aux entretiens individuels que comporte votre programme.

Toute absence devra être signalée au professionnel qui vous prend en charge.

Vous devez discuter avec les professionnels de votre évolution au sein du programme, négocier avec l'équipe éducative des objectifs fixés, évaluer avec les professionnels vos acquisitions de compétences.

Vous devez créer avec les soignants une relation nouvelle pour devenir le principal acteur dans la prise en charge de votre pathologie.

#### L'équipe pluridisciplinaire

L'accompagnement éducatif est réalisé par des soignants-éducateurs, c'est à dire des professionnels médicaux ou paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique : Médecins, Psychologues, Infirmiers, Diététiciens, Kinésithérapeute, Ergothérapeute, Enseignants en Activités Physiques Adaptées, Sophrologue, Esthéticienne, Aide- soignantes.

**Ainsi, vous disposerez de multiples outils facilitant la gestion de votre pathologie !!**



**Axe psychosocial**



**Axe activités  
physiques**

**Axe médical**

**Axe diététique**







## Quelques informations au sujet de vous et de votre diabète

Objectif de ce document : recueillir des informations concernant votre pathologie et son influence dans votre quotidien.

Ne répondez à ces questions que si vous êtes atteints d'un diabète

1) Depuis quand vous a-t-on dit que vous avez un diabète ?

---

---

---

---

---

2) Comment est traité votre diabète : comprimés (lesquels ?), insuline, les deux ?

---

---

---

---

---

3) Qu'estimez-vous faire de mieux actuellement pour la prise en charge de votre diabète ?

---

---

---

---

---

---

4) Qu'est-ce qui vous pose le plus de difficultés dans votre vie quotidienne avec le diabète ?

---

---

---

---

---

---

5) Votre diabète est-il actuellement bien équilibré ?

---

---

---

---

---

---

6) Si vous avez une question par rapport au diabète et pour laquelle vous aimeriez une réponse, quelle serait elle ?

---

---

---

---

---

---

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

NOM :

PRENOM :

### Relevé des prises alimentaires

Date : / / 201...	Contexte du repas	Composition du repas et quantités	Niveau de faim /10	Sensations avant le repas	Niveau de Satiété /10	Sensations après manger
<b>Exemple</b>	<b>Heure : 12h30</b> <b>Durée du repas : 15</b> <i>minutes</i> <b>Lieu : Domicile</b>	<i>Betteraves (100g) + Vinaigrette (1 c à soupe)</i> <i>Poulet (1 cuisson)</i> <i>Riz cuit (200g)</i> <i>1 Yaourt au fruit</i> <i>1 Poire (160g)</i>	<i>0 = pas de</i> <i>sensations de faim ;</i> <i>10 = faim</i> <i>importante</i>	Emotions ressenties : <i>plaisir, contrariété,</i> <i>culpabilité, stress...</i>	<i>0 = pas de sensations</i> <i>de satiété;</i> <i>10 = satiété atteinte</i>	Emotions ressenties : <i>plaisir,</i> <i>contrariété, culpabilité, stress...</i>
<b>PETIT DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la matinée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans l'après- midi</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DINER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la soirée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la nuit</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					

A RENSEIGNER PAR LE  
 PATIENT ET A ADRESSER  
 A LA CLINIQUE

Date : / / 201...	Contexte du repas	Composition du repas et quantités	Niveau de faim /10	Sensations avant le repas	Niveau de Satiété /10	Sensations après manger
<b>Exemple</b>	Heure : 12h30 Durée du repas : 15 minutes Lieu : Domicile	Betteraves (100g) + Vinaigrette (1 c à soupe) Poulet (1 cuisse) Riz cuit (200g) 1 Yaourt au fruit 1 Poire (160g)	0 = pas de sensations de faim ; 10 = faim importante	Emotions ressenties : plaisir, contrariété, culpabilité, stress...	0 = pas de sensations de satiété; 10 = satiété atteinte	Emotions ressenties : plaisir, contrariété, culpabilité, stress...
<b>PETIT DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la matinée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans l'après- midi</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DINER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la soirée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la nuit</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

Date : / / 201...	Contexte du repas	Composition du repas et quantités	Niveau de faim /10	Sensations avant le repas	Niveau de Satiété /10	Sensations après manger
<b>Exemple</b>	Heure : 12h30 Durée du repas : 15 minutes Lieu : Domicile	Betteraves (100g) + Vinaigrette (1 c à soupe) Poulet (1 cuisse) Riz cuit (200g) 1 Yaourt au fruit 1 Poire (160g)	0 = pas de sensations de faim ; 10 = faim importante	Emotions ressenties : plaisir, contrariété, culpabilité, stress...	0 = pas de sensations de satiété; 10 = satiété atteinte	Emotions ressenties : plaisir, contrariété, culpabilité, stress...
<b>PETIT DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la matinée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DEJEUNER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans l'après- midi</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>DINER</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la soirée</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					
<b>Dans la nuit</b>	Heure : Durée du repas : Lieu :					

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

## Vos goûts alimentaires

**Consigne : barrer sur ce document les aliments que vous n'aimez pas du tout**

### Remarques :

En cas de non-gout alimentaire l'aliment sera automatiquement remplacé par :

- De la salade verte, de la salade de tomates ou un potage dans le cas d'une entrée ;
- Du poisson court bouillon, 2 tranches de jambon ou un steak haché de veau dans le cas d'une viande ;
- De la purée dans le cas d'un féculent ;
- Du fromage à pâte ferme ou un yaourt dans le cas d'un laitage ;
- Du fruit ou une compote dans le cas d'un dessert.

### >HORS D'OEUVRES

- Salade verte
- Salade (feuille de chêne)
- Salade verte et tomate
- Salade verte et carottes râpées
- Salade verte et concombre
- Salade verte et betterave
- Salade composée (Sal. Verte, tomate, betteraves, endive)
- Salade verte et champignons de paris
- Salade verte et brocolis
- Potage
- Taboulé
- Salade de lentilles
- Salade de pois chiche

### >LEGUMES CUIITS

- Blettes persillées
- Brocolis
- Carottes
- Carottes ail et oignons
- Carottes au cumin
- Carottes persillées
- Céleri
- Champignons persillés
- Chou fleur
- Choux de Bruxelles
- Courgettes persillées
- Courgettes à la provençale
- Endives cuites
- Epinards
- Epinards aux oignons
- Epinards oignons-paprika
- Fenouil à la provençale
- Gratin de Céleri rave
- Gratin de chou fleur
- Haricots beurre
- Haricots verts
- Poireaux béchamel
- Ratatouille

- Salsifis
- Salsifis citronnés
- Tian provençal (champignon, courgettes, tomates)
- Tomates cuites
- Tomates à la provençale

### >FECULENTS

- Ebly
- Pâtes :
  - Spaghettis
  - Macaronis
  - Coquillettes
  - Torsades
  - Pennes
- Petit pois
- Polenta
- Pommes de terre vapeur
- Purée de pomme de terre
- Quinoa
- Riz
- Riz à l'espagnole (avec fruits de mer)
- Semoule

### > VIANDES

- \* **Bœuf**
  - Boulettes de bœuf sauce tomate
  - Gardianne
  - Pièce de bœuf grillée
  - Sauce bolognaise
- \***Porc**
  - Carbonara
  - Côte de porc sauce moutarde
  - Grillade de porc
  - Jambon cuit
  - Palette à la diable
  - Rôti de porc
  - Rôti de porc sauce moutarde

**\*Veau**

- Pain de veau
- Pain de veau coulis de tomate
- Sauté de veau marengo
- Steak haché de veau
- Steak haché de veau au jus
- Steak haché de veau sauce tomate

**\*Volailles**

- Cuisse de poulet au jus
- Rôti de dinde au jus
- Sauté de volaille sauce oignons
- Sauté de volaille au curry

**> POISSONS**

- Gratin de colin sauce aurore
- Gratin de poisson sauce au safran
- Poisson court bouillon
- Poisson en sauce citron
- Poisson en sauce tomate
- Saumonette sauce aux câpres
- Steak de requin sauce basquaise (poivrons)

**>FRUITS DE MER**

- Gratin de fruits de mer
- Seiches à la catalane
- Seiches à la tomate

**> OEUFS**

- Omelette nature
- Omelette aux oignons
- Omelette à la tomate

**> LES PLATS COMPLETS**

- Courgettes farcies
- Couscous (Poulet, semoule, légumes couscous)
- Croq'Monsieur
- Gratin de courgettes, jambon, fromage
- Hachis Parmentier
- Lasagnes napolitaines
- Pot au feu (bœuf, pomme de terre, carottes, navets, poireau)
- Tomates farcies

**> LES PRODUITS LAITIERS****\*Les Fromages**

- Brie
- Camembert

- Crème de gruyère
- Edam
- Fromage ail et fines herbes
- Gouda
- Tomme blanche
- Tomme des Pyrénées

**\*Les Laitages**

- Fromage blanc
- Petit suisse
- Yaourt nature

**> LES FRUITS CRUS**

- Abricots
- Banane
- Fraises
- Kiwi
- Mandarine
- Melon
- Orange
- Pastèque
- Poire
- Pomme
- Prunes
- Raisin
- Salade de fruits frais

**> LES FRUITS CUITS**

- Ananas
- Poire cuite
- Pomme au four
- Compote de pomme

**> LES DESSERTS (Edulcorés)**

- Bavarois abricot
- Bavarois aux fruits rouges
- Bavarois orange
- Bavarois aux pommes et coulis fruits rouges
- Flan abricot
- Flan framboise
- Flan à la vanille
- Flan au chocolat
- Gelée de pomme à la cannelle
- Mousse café noisette
- Mousse abricot
- Clafoutis aux pommes

Nom :

Prénom :

## EVALUONS VOTRE RELATION AVEC VOTRE ALIMENTATION

Répondez :

-en considérant les 3 derniers mois si c'est la première fois que vous remplissez le questionnaire,  
-en considérant le dernier mois si ce questionnaire est réalisé dans le cadre d'un suivi.

<b>1. Mangez-vous chaque jour selon un schéma irrégulier ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>2. Faites-vous un régime strict pour maigrir ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>3. Si vous abandonnez une fois votre régime, est-ce un échec ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>4. Calculez-vous les calories de tout ce que vous mangez, même lorsque vous ne suivez pas de régime ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>5. Vous arrive t-il de jeûner pendant toute une journée entière ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>6. Si oui, à quelle fréquence ? (cochez)</b>	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> De temps en temps <input type="checkbox"/> Une fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Tous les 2 jours
<b>7. Avez-vous recours aux moyens suivants pour perdre du poids ?</b>	
<input type="checkbox"/> Coupe-faim	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Une fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Quotidiens <input type="checkbox"/> 2-3 fois par jour <input type="checkbox"/> + 3 fois par jour
<input type="checkbox"/> Diurétiques	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Une fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Quotidiens <input type="checkbox"/> 2-3 fois par jour <input type="checkbox"/> + 3 fois par jour
<input type="checkbox"/> Laxatifs	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Une fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Quotidiens <input type="checkbox"/> 2-3 fois par jour <input type="checkbox"/> + 3 fois par jour
<input type="checkbox"/> Vomissements	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Une fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Quotidiens <input type="checkbox"/> 2-3 fois par jour <input type="checkbox"/> + 3 fois par jour
<b>8. Votre schéma d'alimentation perturbe t-il sévèrement votre vie ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>9. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>10. Vous arrive t-il de manger sans arrêt et de ne cesser que lorsque vous ressentez un malaise physique ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>11. Y a t-il des moments où vous ne pouvez plus penser à rien d'autre que la nourriture ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>12. Mangez-vous raisonnablement quand vous êtes en compagnie, tout en</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

<b>vous « rattrapant » quand vous êtes seule ?</b>	
<b>13. Il vous est impossible de vous arrêter de manger lorsque vous le voulez ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>14. Vous est-il arrivé d'éprouver un besoin irrésistible de manger d'énormes quantités de nourriture ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>15. Avez-vous tendance à beaucoup manger lorsque vous êtes angoissé(e) ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>16. Etes-vous terrifié(e) à l'idée de devenir gros(se) ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>17. Vous est-il arrivé de manger de grandes quantités de nourriture rapidement (en dehors des repas) ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>18. Avez-vous honte de vos habitudes alimentaires :</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>19. Craignez-vous de ne plus avoir le contrôle sur la quantité de nourriture que vous mangez ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>20. Vous raccrochez-vous à la nourriture pour vous reconforter ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>21. Il vous est impossible de laisser des restes dans votre assiette ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>22. Cachez-vous aux autres combien vous mangez ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>23. Ce n'est jamais la faim qui détermine la quantité de ce que vous mangez ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>24. Vous est-il arrivé de dévorer irrésistiblement d'énormes quantités de nourriture ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>25. Si oui, cela vous rend-il très malheureux(se) ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>26. Lorsque vous dévorez d'énormes quantités de nourriture, le faites-vous uniquement en cachette ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>27. Si oui, à quelle fréquence ?</b>	<input type="checkbox"/> Presque jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par mois <input type="checkbox"/> 1 fois/semaine <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Quotidiennement <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par jour
<b>28. Seriez-vous capable de faire des démarches considérables pour satisfaire ce besoin irrésistible de manger ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>29. Vous sentez-vous très coupable lorsque vous avez trop mangé ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>30. Vous arrive t-il de manger en cachette ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>31. Considérez-vous vos habitudes alimentaires comme anormales ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>32. Vous considérez-vous comme un(e) mangeur(se) compulsif(ve) ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>33. Votre poids fluctue-t-il de plus de 2 kg par semaine ?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Diagnostic :		
Pas de TCA	TCA modérée	TCA sévère
< 10	entre 10 et 15 >15 mais - de 2 crises par semaine	> 20 Entre 15 et 20 mais + de 2 crises par semaine

Nom :

Prénom :

**EVALUONS VOS RESSOURCES, VOTRE SITUATION SOCIALE****CALCUL DU SCORE EPICES (niveau de Précarité) :**

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? (assistante sociale, éducateur spécialisé, Conseillère en Education Sociale et familiale, membre d'un CCAS ...)
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire, une mutuelle ?
3. Vivez-vous en couple ?
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, électricité...)?
6. Vous est il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?
7. Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, concert, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?
8. Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?
10. En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
11. En cas de difficultés y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

DOSSIER EDUCATIF  
A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT



Nom :

Prénom :

## EVALUATION DE VOTRE PRATIQUE PHYSIQUE

Qu'est ce que l'Activité Physique ?

---



---



---



---



---

Avez –vous déjà pratiqué une Activité Physique ?  OUI  NON

Si oui, dans quelles circonstances : (Scolaire, Loisirs, Compétition, Sport de Haut Niveau)

---



---



---



---



---

Pratiquez –vous actuellement une Activité Physique ?  OUI  NON

Si OUI, remplissez le tableau suivant :

Activités réalisées	Collective, Individuelle...	Fréquence	Durée, nombre de pas...

Si NON, pour quelles raisons ? (exemples : manque de temps, de motivation, en lien avec des contraintes)

---



---



---



---

Avez-vous des difficultés, des douleurs, des contre indications qui pourraient restreindre la pratique d'Activité Physique ?

---



---



---



---

**Evaluation moyenne de vos activités sédentaires , « marche » et déplacements.**

Combien d'heures par jour passez vous à des activités sédentaires (assis, lecture, ordinateur, travail de bureau, sieste, télévision, jeux vidéo) ?	
Combien de kilomètres marchez-vous par jour ?	
Combien d'escalier montez-vous par jour ?	
Votre Activité Marche est-elle ?	<input type="checkbox"/> Insignifiante <input type="checkbox"/> Uniquement celle de la vie quotidienne <input type="checkbox"/> En plus des Activités quotidiennes <input type="checkbox"/> Une Activité physique à part entière.
Comment qualifieriez-vous votre vitesse de marche ?	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Rapide
Quel type de marche pratiquez-vous ?	<input type="checkbox"/> Promenade, Balade <input type="checkbox"/> Randonnée <input type="checkbox"/> Marche Nordique

**Votre pratique d'activité physique pendant votre séjour à la clinique Les Oliviers****Viendrez-vous en aquagym ?** OUI       NON

Si NON, pour quelles raisons :

 Contre indication médicale Allergie au chlore Phobie Pas équipé Pas envie Autres : .....**Quelles sont vos attentes pour votre hospitalisation vis-à-vis de l'activité physique ?**


---



---



---



---

**Réalisation d'un test de marche :**

Avez-vous déjà effectué un test d'effort/ TDM6 ?

 OUI       NON

Connaissez vous votre FC cible ?

 OUI       NON**Avez –vous des questions sur la pratique d'activité physique pour lesquelles vous souhaiteriez avoir une réponse au cours de l'hospitalisation ?**


---



---



---



---

## RELEVÉ DES PRATIQUES PHYSIQUES

PÉRIODE DU ..... AU .....

*Objectif : relever ses pratiques physiques sur un mois (en indiquant en distance par jour, durée/jour soit en nombre de pas/jour).*

*Attention : bricolage, jardinage sont des activités physiques !*

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
<i>Exemple : marche pour aller travailler (4 km)</i>	<i>Exemple : séance de gym 1 heure</i>	<i>Exemple : Rien</i>	<i>Exemple : séance de gym 1 heure</i>	<i>Exemple : promenade du chien, 2000 pas</i>	<i>Exemple : marche avec les enfants pendant 1h30</i>	<i>Exemple : Rien</i>

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE



Nom :

Prénom :

**EVALUATION DE VOS APTITUDES GESTUELLES****Statut socioprofessionnel**

- Activité professionnelle, type : \_\_\_\_\_
- Sans activité (ex : chômage, longue maladie, sans emploi)
- Retraite

**Difficultés physiques**

Avez-vous des difficultés physiques (douleur / gêne fonctionnelle) aujourd'hui :  OUI  NON

Dos, précisez : \_\_\_\_\_

Hanche, précisez : \_\_\_\_\_

Genoux, précisez : \_\_\_\_\_

Cheville, précisez : \_\_\_\_\_

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**Douleurs**

**Aujourd'hui**, êtes-vous douloureux :  OUI  NON

**Moment de déclenchement :**

Au repos

Pendant des activités physiques

En permanence

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**Intensité de 0 à 10 :**      0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE

### Echelle des répercussions fonctionnelles

Ce questionnaire porte sur la façon dont votre douleur au dos affecte votre vie de tous les jours. Les personnes souffrant de maux de dos trouvent parfois difficile d'entreprendre certaines activités de la vie quotidienne. Nous aimerions savoir si vous éprouvez de la difficulté à accomplir les tâches énumérées ci-dessous.

Veuillez encercler le chiffre de l'échelle de 0 à 5 qui correspond le mieux à chacune des activités (sans exceptions).

Question : Eprouvez vous de la difficulté aujourd'hui à accomplir les activités suivantes en raison de votre douleur au dos ?

PARAMETRES	Aucune Difficulté	Très peu Difficile	Un peu Difficile	Difficile	Très Difficile	Incapable	Commentaires de l'Ergothérapeute
1-Sortir du lit	0	1	2	3	4	5	
2-Dormir toute la nuit	0	1	2	3	4	5	
3-Vous retourner dans votre lit	0	1	2	3	4	5	
4-Roulez en voiture plus de 20 minutes	0	1	2	3	4	5	
5-Vous tenir debout durant 20 à 30 minutes	0	1	2	3	4	5	
6-Vous tenir assis sur une chaise durant plusieurs heures	0	1	2	3	4	5	
7-Monter une dizaine de marches	0	1	2	3	4	5	
8-Faire plusieurs coins de rue à pied (300-400 mètres)	0	1	2	3	4	5	
9-Marcher sur une distance prolongée (plusieurs kilomètres)	0	1	2	3	4	5	
10-Atteindre des objets sur des étagères assez élevées	0	1	2	3	4	5	
11-Lancer un ballon de football à plus de 2 mètres	0	1	2	3	4	5	
12-Courir plus de 100 mètres	0	1	2	3	4	5	
13-Sortir des aliments du réfrigérateur	0	1	2	3	4	5	
14-Faire votre lit	0	1	2	3	4	5	
15-Mettre des chaussettes ou des collants	0	1	2	3	4	5	
16-Vous pencher pour nettoyer une baignoire	0	1	2	3	4	5	
17-Déplacer une chaise de moins de 5kg	0	1	2	3	4	5	
18-Pousser ou tirer des battants de porte lourde	0	1	2	3	4	5	
19-Porter deux sacs à provisions	0	1	2	3	4	5	
20-Soulever et porter une valise lourde.	0	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL</b>							

**MERCI D'AVOIR REPONDU A L'ENSEMBLE DE CE QUESTIONNAIRE**

A RENSEIGNER PAR LE  
PATIENT ET A ADRESSER  
A LA CLINIQUE