OC Santé

CLINIQUE **LES OLIVIERS**
Soins de suite polyvalents, Réadaptation nutritionnelle,
Soins de suite pour la personne âgée polypathologique

Cabassu - CS 50023 - 30660 Gallargues-le-Montueux
Tél. : 04 66 35 92 00 - Fax : 04 66 35 92 50
e-mail : info@cl-les-oliviers.fr

Admission du patient en réadaptation nutritionnelle

À renseigner par le médecin

DOSSIER MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : .....

Taille : ..... **Poids :** ..... **IMC :** .....

Adresse : .....

.....

Téléphone(s) : .....

MOTIFS DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

- ❍ Prise en charge pondérale
- ❍ Équilibre glycémie
- ❍ Remise en mouvement
- ❍ Rééducation nutritionnelle
- ❍ Prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- ❍ Éducation thérapeutique du patient :
  - ❍ Obésité ❍ Diabète ❍ Chirurgie de l'obésité

MOTIF DE SÉJOUR

- ❍ Diabète
- ❍ Surpoids / Obésité
- ❍ Pré-chirurgie bariatrique
- ❍ Post-chirurgie bariatrique

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- ❍ Hypertension artérielle
- ❍ Diabète
- ❍ Dyslipidémies
- ❍ Pathologies psychiatriques : .....

  .....
- ❍ Chirurgie bariatrique :
  - ❍ AGA ❍ Sleeve ❍ By pass Année : .....
- ❍ Allergies : .....

  .....

Le patient est-il porteur d'une Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques (BMR) ? :

..... ❍ Oui ❍ Non

Le patient a-il été hospitalisé à l'étranger dans l'année ? ❍ Oui ❍ Non

Si oui, lieu : ..... Date : .....

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

AUTONOMIE - POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Toilette / Habillage	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Déplacement	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Alimentation	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Incontinence urinaire	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
Incontinence anale	❍ Sans aide ❍ Aide partielle ❍ Aide totale	
État cutané	❍ Normal ❍ Plaies	
Incapacités physiques (limitant la mobilisation physique active)	❍ Oui ❍ Non	Si oui, précisez :
Évaluation de la douleur	EVA = /10 Siège =	
Appareillage Prothèse / Orthèse	❍ Oui ❍ Non	Si oui, précisez :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ (SUITE)

RELATION - COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS			REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	Normale	Appareillée	Cécité	
Audition	Normale	Déficit	Surdité	
Expression	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Compréhension	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Comportement	Calme	Angoisé	Agité	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE - ADAPTABILITÉ

La prise en charge à la clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS		REMARQUES, PRÉCISIONS
Troubles cognitifs	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Je soussigné(e), certifie avoir examiné **M/Mne :** ..... .

Né(e) le : .....

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée lors du séjour à la clinique Les Oliviers (marche, marche nordique, aquagym, gymastique douce, rencorcement musculaire).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Éléments concernant votre patient que vous souhaitez porter à notre connaissance

.....

.....

.....

.....

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

- Ordonnance en cours
- Bilan biologique < 1 an (HbAIC < 3 mois si diabétique)
- Consultation cardiologique < 1 an
- Épreuve d'effort ou équivalent à discuter avec le cardiologue

Dans le cadre d'un séjour pré ou post chirurgie bariatrique, merci de nous fournir en plus des éléments ci-dessus :

- Compte-rendu de la première consultation avec le chirurgien
- Compte-rendu de la RCP
- Compte-rendu du service diététique
- Compte-rendu opératoire
- Protocole post opératoire défini par le chirurgien

Date .....

.....

Signature, coordonnées et cachet du médecin

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

- Médecin Hospitalisation complète: 04 66 35 75 15
- Médecin Hositalisation de jour : 04 66 35 75 25
- Admission : 04 66 35 92 48
- Standard : 04 66 35 92 00

POUR NOUS RETOURNER LA DEMANDE D'ADMISSION

- Courrier : Clinique Les Oliviers - Cabassu CS 50023 30660 Gallargues-le-Montueux
- Par messagerie sécurisée : secretariat.medical@cl-les-oliviers.mssante.fr

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ (SUITE)

RELATION - COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS			REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	Normale	Appareillée	Cécité	
Audition	Normale	Déficit	Surdité	
Expression	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Compréhension	Satisfaisante	Partielle	Difficultés	
Comportement	Calme	Angoisé	Agité	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE - ADAPTABILITÉ

La prise en charge à la clinique ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS		REMARQUES, PRÉCISIONS
Troubles cognitifs	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	❍ Oui	❍ Non	Si oui, précisez :

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Je soussigné(e), certifie avoir examiné **M/Mne :** ..... .

Né(e) le : .....

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée lors du séjour à la clinique Les Oliviers (marche, marche nordique, aquagym, gymastique douce, rencorcement musculaire).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Éléments concernant votre patient que vous souhaitez porter à notre connaissance

.....

.....

.....

.....

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

- Ordonnance en cours
- Bilan biologique < 1 an (HbAIC < 3 mois si diabétique)
- Consultation cardiologique < 1 an
- Épreuve d'effort ou équivalent à discuter avec le cardiologue

Dans le cadre d'un séjour pré ou post chirurgie bariatrique, merci de nous fournir en plus des éléments ci-dessus :

- Compte-rendu de la première consultation avec le chirurgien
- Compte-rendu de la RCP
- Compte-rendu du service diététique
- Compte-rendu opératoire
- Protocole post opératoire défini par le chirurgien

Date .....

.....

Signature, coordonnées et cachet du médecin

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

- Médecin Hospitalisation complète: 04 66 35 75 15
- Médecin Hositalisation de jour : 04 66 35 75 25
- Admission : 04 66 35 92 48
- Standard : 04 66 35 92 00

POUR NOUS RETOURNER LA DEMANDE D'ADMISSION

- Courrier : Clinique Les Oliviers - Cabassu CS 50023 30660 Gallargues-le-Montueux
- Par messagerie sécurisée : secretariat.medical@cl-les-oliviers.mssante.fr

Oc Santé
CLINIQUE **LES OLIVIERS**
Soins de suite polyvalents, Réadaptation nutritionnelle,
Soins de suite pour la personne âgée polypathologique

Cabassu BP 1
30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
Tél : 04 66 35 92 00 - Fax : 04 66 35 92 50
www.oc-sante.fr

Réadaptation nutritionnelle

A renseigner par le patient

DOSSIER ADMINISTRATIF

PATIENT

Nom : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : .....
Code Postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....
Portable : .....
Mail : .....
Profession : .....
Situation familiale : .....
Nationalité : .....

Position juridique

❍ Tutelle ❍ Curatelle ❍ Capable Majeur
Nom du référent : .....
Adresse complète : .....
.....
Téléphone : .....

ASSURÉ

❍ L'assuré est le patient

❍ L'assuré n'est pas le patient
(dans ce cas veuillez renseigner ce qui suit)

Nom : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Adresse : .....
Code Postal : .....
Ville : .....
Téléphone : .....

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

N° Sécurité Sociale : .....
Caisse : .....
Adresse : .....
Code Postal : .....
Ville : .....
CMU : ❍ Oui ❍ Non

MUTUELLE

Nom : .....
N° Adhérent : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : .....
Ville : .....

DATE : .....

SIGNATURE :

LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

VOTRE MÉDECIN TRAITANT

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 : .....

VOTRE MÉDECIN 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 : .....

VOTRE PHARMACIE DE RÉFÉRENCE

Il s'agit de la pharmacie à laquelle vous vous adressez le plus régulièrement.

Nom de la Pharmacie : .....
Nom du Pharmacien : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. : .....
Tél. portable : .....
Mail : .....

AUTRE PROFESSIONNEL 1

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

Spécialité : .....
Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. : .....
Tél. portable : .....
Mail : .....

AUTRE PROFESSIONNEL 2

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

Spécialité : .....
Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. : .....
Tél. portable : .....
Mail : .....

AUTRE PROFESSIONNEL 3

Cardiologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de Patients

Spécialité : .....
Nom : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
Tél. : .....
Tél. portable : .....
Mail : .....

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE