

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

Document d'admission en réadaptation nutritionnelle



Pour obtenir des renseignements :

- Téléphones : Admission : 04 66 35 92 48 ou Standard : 04 66 35 92 00
- Courrier : Clinique Les Oliviers - CS 50023 - 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
- Courrier électronique : admissions@cl-les-oliviers.fr

Pièces à joindre à votre demande d'hospitalisation

Pour un traitement rapide de mon dossier, je n'oublie rien !

LES DOSSIERS À NOUS ADRESSER COMPRENNENT

LES INFORMATIONS RENSEIGNÉES

PAR LE PATIENT :

- ☐ Le DOSSIER SANTÉ
- ☐ Le DOSSIER ALIMENTATION
- ☐ Le DOSSIER ACTIVITÉ PHYSIQUE
- ☐ Le DOSSIER ADMINISTRATIF

PAR LE MÉDECIN :

- ☐ Le DOSSIER MÉDICAL

- **Documents à télécharger sur le site internet de la clinique :** <https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-les-oliviers/je-prepare-mon-sejour/readaptation-nutritionnelle-et-dietetique/>

LES PIÈCES ADMINISTRATIVES À JOINDRE À LA DEMANDE

- ☐ Photocopie de votre attestation de CARTE VITALE
- ☐ Photocopie de votre CARTE MUTUELLE recto/verso
- ☐ Photocopie de votre CARTE D'IDENTITÉ recto/verso ou de VOTRE PASSEPORT

LES PIÈCES DE VOTRE SUIVI MÉDICAL À JOINDRE À LA DEMANDE

- ☐ ORDONNANCE(S) en cours
- ☐ BILAN BIOLOGIQUE de moins d'1 an (HbA1C < 3 mois si vous êtes diabétique)
- ☐ CONSULTATION CARDIOLOGIQUE de moins d'1 an
- ☐ EXAMENS DE CARDIOLOGIE éventuellement réalisés

DANS LE CADRE D'UN SÉJOUR PRÉ OU POST CHIRURGIE BARIATRIQUE, MERCI DE NOUS FOURNIR ÉGALEMENT :

- ☐ Compte-rendu de la première CONSULTATION DU CHIRURGIEN
- ☐ Compte-rendu de la RÉUNION PLURIPROFESSIONNELLE
- ☐ Compte-rendu du SERVICE DIÉTÉTIQUE
- ☐ Compte-rendu OPÉRATOIRE
- ☐ PROTOCOLE POST-OPÉRATOIRE défini par le chirurgien

Vous avez réuni toutes les pièces sus mentionnées, vous pouvez envoyer, faxer ou déposer le dossier complet à :

Clinique Les Oliviers
CS 50023
30660 Gallargues-le-Montueux
Fax : 04 66 35 92 50
Mail : admissions@cl-les-oliviers.fr

Une fois votre dossier complet réceptionné, vous serez contacté(e) par notre secrétariat pour vous informer des suites à donner.

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

Madame, Monsieur,

Vous avez, avec votre médecin, convenu d'effectuer un **séjour à la Clinique Les Oliviers en Réadaptation Nutritionnelle**.

Nous vous remercions de votre confiance.

Pour l'organiser, nous avons besoin de renseignements vous concernant.

Ci-joint, le dossier à remplir. Il comprend :

- ☐ le Dossier Santé
- ☐ le Dossier Alimentation
- ☐ le Dossier Activité Physique
- ☐ le Dossier Administratif

Une fois rempli :

- ☐ y joindre les photocopies :
 - de votre attestation Carte Vitale
 - de votre Carte Mutuelle Recto-Verso
 - de votre Carte Identité Recto-Verso ou Passeport
- ☐ le renvoyer, le faxer ou le déposer à :
 - Clinique Les Oliviers - CS 50023 - 30660 Gallargues-le-Montueux
 - Fax : 04 66 35 92 50
 - Mail : admissions@cl-les-oliviers.fr

Une fois votre dossier complet réceptionné, vous serez contacté(e) par notre secrétariat pour venir en Pré admission (9h-12h30 ; pas de déjeuner).

Vous serez pris en charge par un Médecin, un(e) Infirmier(e), un(e) Diététicien(ne), une Psychologue et un Enseignant en Activité Physique Adaptée.

A l'issue, nous déciderons avec vous s'il est possible d'organiser le séjour et sous quelle forme (Hospitalisation de Jour / Hospitalisation Complète). Nous en fixerons alors ensemble la date (1 à 4 semaines maximum après la pré admission).

A distance du séjour, vous reviendrez en Hospitalisation de Jour pour évaluer le projet thérapeutique défini à la fin de votre séjour.

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

Vous souhaitant bonne réception,

Les professionnels de la Clinique Les Oliviers

DOSSIER SANTÉ

Nom : _____ Prénom : _____

PARLEZ-NOUS de VOUS, de VOTRE OBÉSITÉ et de VOTRE DIABÈTE

1) SITUATION FAMILIALE

☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En couple ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) à charge : _____ Nombre d'enfant(s) hors domicile : _____

2) PROFESSION

3) LOISIRS PHYSIQUES, CULTURELS

4) QUELS PROJETS VOUS TIENNENT À CŒUR (PERSONNELS / FAMILIAUX / PROFESSIONNELS) ?

5) EN CE MOMENT, QUEL EST VOTRE PRINCIPAL PROBLÈME DE SANTÉ ?

6) COMMENT PENSEZ-VOUS AMÉLIORER VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ?

7) RACONTEZ-NOUS L'HISTOIRE DE VOTRE POIDS ? À QUOI EST-IL DÛ ?

8) EN QUOI VOTRE POIDS EST-IL GÊNANT ? QUE VOUS EMPÊCHE-T-IL DE FAIRE ?

9) COMMENT VOTRE ENTOURAGE RÉAGIT-IL À VOTRE POIDS ?

Nom : _____ Prénom : _____

10) ÊTES-VOUS DIABÉTIQUE ? DEPUIS QUAND LE SAVEZ-VOUS ?

11) VOTRE DIABÈTE EST-IL ACTUELLEMENT BIEN ÉQUILIBRÉ ?

12) COMMENT TRAITEZ-VOUS VOTRE DIABÈTE ?

13) QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS AVEC VOTRE DIABÈTE ?

I4) AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS FAIRE PARTAGER ?

15) QU'ATTENDEZ-VOUS DU SÉJOUR À LA CLINIQUE ? QUELS OBJECTIFS VOUS FIXEZ-VOUS ? QUELLES SONT VOS QUESTIONS ?

DOSSIER ALIMENTATION

Nom : Prénom :

I) PARLEZ-NOUS DE VOTRE ALIMENTATION ?

2) ENQUÊTE ALIMENTAIRE SUR 3 JOURS

Pensez à marquer :

- Toutes les prises d'aliments et de boissons de la JOURNÉE et de la NUIT ;
- Les conditions de prises des repas : lieux, heures, émotions, sensations, avec qui...
- Nommer l'aliment (ne pas mettre « Légumes » mais « Carottes » ... par exemple).
- Préciser la quantité : éviter « portion » ; mettre plutôt : 1 louche, 1 bol, 1 cuillère à café, 1 cuillère à soupe, 1 verre, grammes.
- Indiquer les modes de cuisson (vapeur, au beurre, friture...).

DATE :	QUAND et OÙ ?	POURQUOI ? <i>Comment je me sens avant ?</i>	QUOI ? <i>Pensez au pain ; boissons ; matières grasses utilisées dans les préparations et quantités.</i>	DURÉE ?	COMMENT JE ME SENS APRÈS ?
Exemple	12h30 Domicile	Faim, envie, contrariété, stress, heureux de partager ce moment...	Betteraves (100 g) + Vinaigrette (1 c à soupe d'huile) Poulet (1 cuisse) avec Riz cuit (2 louches) + 10 g de beurre 1 Yaourt aux fruits 1 Poire de taille moyenne 1/4 baguette de pain	30 minutes	Trop mangé, je culpabilise... Très bien, les quantités me correspondaient, je sors de table et n'ai plus faim !
PETIT DÉJEUNER					
DÉJEUNER					
DÎNER					
AUTRES					

DATE :	QUAND et OÙ ?	POURQUOI ? <i>Comment je me sens avant ?</i>	QUOI ? <i>Pensez au pain ; boissons ; matières grasses utilisées dans les préparations et quantités.</i>	DURÉE ?	COMMENT JE ME SENS APRÈS ?
Exemple	12h30 Domicile	Faim, envie, contrariété, stress, heureux de partager ce moment...	Betteraves (100 g) + Vinaigrette (1 c à soupe d'huile) Poulet (1 cuisse) avec Riz cuit (2 louches) + 10 g de beurre 1 Yaourt aux fruits 1 Poire de taille moyenne 1/4 baguette de pain	30 minutes	Trop mangé, je culpabilise... Très bien, les quantités me correspondaient, je sors de table et n'ai plus faim !
PETIT DÉJEUNER					
DÉJEUNER					
DÎNER					
AUTRES					

DATE :	QUAND et OÙ ?	POURQUOI ? <i>Comment je me sens avant ?</i>	QUOI ? <i>Pensez au pain ; boissons ; matières grasses utilisées dans les préparations et quantités.</i>	DURÉE ?	COMMENT JE ME SENS APRÈS ?
Exemple	12h30 Domicile	Faim, envie, contrariété, stress, heureux de partager ce moment...	Betteraves (100 g) + Vinaigrette (1 c à soupe d'huile) Poulet (1 cuisse) avec Riz cuit (2 louches) + 10 g de beurre 1 Yaourt aux fruits 1 Poire de taille moyenne ¼ baguette de pain	30 minutes	Trop mangé, je culpabilise... Très bien, les quantités me correspondaient, je sors de table et n'ai plus faim !
PETIT DÉJEUNER					
DÉJEUNER					
DÎNER					
AUTRES					

DOSSIER ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nom : _____ Prénom : _____

VOTRE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE AVANT VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE

Qu'est-ce que l'activité physique pour vous ?

Avez-vous déjà pratiqué une ou plusieurs activités physiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, lesquelles ?

Pratiquez-vous aujourd'hui une ou plusieurs activités physiques ? ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, lesquelles et combien de temps par semaine ?

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 ?

ÉVALUATION MOYENNE DE VOS ACTIVITÉS SÉDENTAIRES, MARCHÉ ET DÉPLACEMENTS

Combien d'heures par jour passez-vous à des activités sédentaires (assis, lecture, ordinateur, travail de bureau, sieste, télévision, jeux vidéo) ?

- ☐ Moins de 3h
☐ Entre 3h et 5h
☐ Plus de 5h

Votre activité marche est-elle ?

- ☐ Insignifiante
☐ Uniquement celle de la vie quotidienne
☐ En plus des activités quotidiennes
☐ Une activité physique à part entière

Combien de kilomètres marchez-vous par jour ?

- ☐ Moins de 1 km
☐ Entre 1 et 3 km
☐ Plus de 3 km

Comment qualifieriez-vous votre vitesse de marche ?

- ☐ Normale
☐ Modérée
☐ Rapide

Quel type de marche pratiquez-vous ?

- ☐ Promenade, balade
☐ Randonnée
☐ Marche nordique

VOTRE PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT VOTRE SÉJOUR À LA CLINIQUE

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

Si OUI, valeur : _____

Connaissez-vous votre fréquence cardiaque cible ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si OUI, valeur : _____

Avez-vous des questions sur la pratique d'activité physique ?

Avez-vous un projet, un objectif sur le plan de la mobilisation physique que vous aimeriez mettre en place ?

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 : _____

VOTRE FUTURE HOSPITALISATION A LA CLINIQUE LES OLIVIERS

Précédents séjours à la Clinique « Les Oliviers » : _____
 Période d'hospitalisation souhaitée : _____

Attention : une demi-journée sera programmée dans le mois précédant la période d'hospitalisation souhaitée.

CHOIX DE VOTRE CHAMBRE

☐ Chambre double (sans supplément) • ☐ Chambre particulière (voir Annexe Tarifaire)

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.

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 : _____