

# 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

### 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-t-il été hospitalisé à l'étranger dans l'année ?  Oui  Non
- Si oui, lieu : ..... Date : .....

### TYPE DE SÉJOUR

- Séjour de rééducation nutritionnelle (3-4 semaines)
- Hôpital de jour
- Séjour de pré-chirurgie bariatrique (lundi à vendredi)
- Date de l'intervention : .....

### ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

#### AUTONOMIE - POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
<b>Toilette / Habillage</b>	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
<b>Déplacement</b>	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
<b>Alimentation</b>	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
<b>Incontinence urinaire</b>	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
<b>Incontinence anale</b>	<input type="radio"/> Sans aide <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide totale	
<b>État cutané</b>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Plaies	
<b>Incapacités physiques</b> (limitant la mobilisation physique active)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
<b>Évaluation de la douleur</b>	EVA = /10 Siège =	
<b>Appareillage Prothèse / Orthèse</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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	Angoissé	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	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> 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, gymnastique douce, renforcement 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 (HbA1C < 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 Hospitalisation 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
- Fax : 04 66 35 92 50
- E-mail : admissions@cl-les-oliviers.fr