

DOSSIER D'ADMISSION

- Service DEDN –

Volet Médical

A renseigner par le Médecin

Tél : 04 66 35 92 00 - Fax : 04 66 35 92 50

<https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-les-oliviers>

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de Naissance : _____

DONNEES CLINIQUES

Taille : _____ Poids : _____ IMC : _____
Tension artérielle habituelle : _____

MOTIF DE SEJOUR

☐ Obésité ☐ Diabète ☐ Préparation Chirurgie bariatrique ☐ Post Chirurgie bariatrique
☐ Autre : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX

☐ Obésité ☐ Diabète depuis _____ ☐ Équilibré ☐ Non équilibré Complications : _____ _____ ☐ Dyslipidémie De quel type : _____ ☐ HTA ☐ Insuffisance cardiaque ☐ SAHOS ☐ Appareillé ☐ Non appareillé ☐ Insuffisance respiratoire ☐ BPCO	☐ MASH / Fibrose hépatique SOH ☐ Insuffisance hépatique ☐ Reflux gastro œsophagien ☐ Infertilité ☐ Hypercorticisme ☐ SOPK ☐ Acromégalie ☐ IRC Dialysée ☐ IRC Transplantée ☐ IRC en attente transplantation DFG : _____ ☐ Maladies neuromusculaires ☐ Maladies auto-immunes ☐ Maladies inflammatoires chroniques ☐ Arthrose. Lieu : _____ ☐ Hyperuricémie ☐ Tumeurs cérébrales ou atteintes de l'hypothalamus	☐ TCA : _____ _____ ☐ Pathologie psychiatrique : _____ _____ ☐ Suivi par psychiatre ☐ Non suivi ☐ Troubles du spectre de l'autisme ☐ Retard mental ☐ Autres : _____ _____ _____ _____ _____ _____
--	--	---

ADDICTIONS ACTIVES

Tabac : ☐ Oui Si oui : ☐ Occasionnel ☐ Quotidien ☐ Non jamais ☐ Non sevré depuis _____
Alcool : ☐ Oui Si oui : ☐ Occasionnel ☐ Quotidien ☐ Non jamais ☐ Non sevré depuis _____
Autres toxiques (cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, stimulants, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, opiacés)
☐ Oui Si oui : ☐ Occasionnel ☐ Quotidien ☐ Non jamais ☐ Non sevré depuis _____
Dépendances comportementales (jeux d'argent, jeux vidéo)
☐ Oui Si Oui : Laquelle/Lesquelles et fréquences : _____

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX (précisez les dates)

☐ Chirurgie bariatrique Type : _____ Année : _____
☐ Autres Chirurgies (Types et Années) : _____

ALLERGIES CONNUES

VACCINATION, PREVENTION, DIVERS

Vaccination à jour : ☐ OUI ☐ NON

Dépistage :

Hémoculture : ☐ OUI ☐ NON Réalisé ☐ NON Concerné

Coloscopie : ☐ OUI ☐ NON Réalisé ☐ NON Concerné

Mammographie : ☐ OUI ☐ NON Réalisé ☐ NON Concerné

Frottis : ☐ OUI ☐ NON Réalisé ☐ NON Concerné

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

Le patient est-il porteur d'un **Dispositif Médical Implantable** : ☐ OUI ☐ NON

EVALUATION DE L'AUTONOMIE ET DE L'ADAPTABILITE

Elements	Evaluations			Remarques, précisions
RELATION – COMMUNICATION				
Vision	☐ Normale	☐ Apparaillée	☐ Cécité	
Audition	☐ Normale	☐ Déficit	☐ Surdité	
Expression	☐ Satisfaisante	☐ Partielle	☐ Difficulté	
Compréhension	☐ Satisfaisante	☐ Partielle	☐ Difficulté	
Ecriture / Lecture	☐ Satisfaisante	☐ Partielle	☐ Difficulté	
Troubles mnésiques	☐ Non	☐ Oui		

PIECES A FOURNIR

☐ Ordonnance(s) en cours

☐ Bilan biologique < 3 mois : NFS, GAI, HbA1c, ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine, EAL, acide urique, DFG, créatinine, Ferritine, TSH, Vitamine D

- Si vomissements chroniques : ajouter vitamine B1, potassium
- Si végétarien / végétalien : ajouter B12, fer, protéinémie, albumine
- Si antécédent de chirurgie bariatrique : ajouter Hémoglobine, plaquettes, Albumine, Pr albumine, PTH, CRP, calcium, phosphore, magnésium, zinc, sélénium, cuivre, Vitamines A, B1, B6, B9, B12

☐ Annexe « Evaluation Cardiologique » renseignée par un Cardiologue

☐ Comptes rendus médicaux récents et en lien avec le motif de séjour

Dans le cadre d'un séjour Pré ou Post Chirurgie bariatrique

☐ Compte rendu Consultation Chirurgien

☐ Compte rendu de la RCP

☐ Compte rendu Consultation Diététique

☐ Compte rendu opératoire

☐ Protocole post opératoire défini par le chirurgien

Date : _____

Dr : _____

Téléphone : _____

Cachet et Signature :

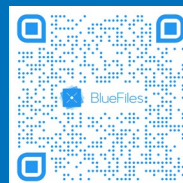
POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

Admission :
04 66 35 75 27
04 66 35 92 48

POUR NOUS RETOURNER LA DEMANDE D'ADMISSION

Par courrier : Clinique Les Oliviers
Cabassu CS 50023
30660 Gallargues le Montueux

Par messagerie sécurisée : utilisez le QR code ci-joint :




CLINIQUE LES OLIVIERS

 Soins Médicaux et de Réadaptation : Polyvalent, Gériatrie,
Système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition

Cabassu - CS 50023

30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX

Tél : 04 66 35 92 00 - Fax : 04 66 35 92 50

<https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-les-oliviers>
DOSSIER D'ADMISSION

- Service DEDN -

Volet Médical
Evaluation cardiologique
A renseigner par le Cardiologue
IDENTIFICATION DU PATIENT

 Nom : _____ Prénom : _____
 Date de Naissance : _____

DEMANDE D'EVALUATION EN CARDIOLOGIE

Au cours de son hospitalisation dans notre structure, le patient va bénéficier d'une **réhabilitation à l'effort avec une pratique régulière d'activités physiques adaptées** (Aquagym, Renforcement Musculaire, Circuit training, Randonnée...) sous la supervision d'Enseignants APA. Les pratiques physiques sont souvent réalisées à des intensités supérieures à celles habituellement réalisées par les Patients.

De ce fait, nous sollicitons votre expertise afin de réaliser une évaluation avec les examens complémentaires (ETT, épreuve d'effort, coroscaner ...) jugés comme nécessaires **pour éliminer toutes contre-indications**.

A l'issue de votre évaluation, nous vous demandons de bien vouloir renseigner ci-dessous l'attestation de non contre indication à la pratique physique ou nous indiquer les limitations de pratique.

Merci de joindre également :

- ☐ Consultation Cardiologique < 1 an
☐ Résultat de l'évaluation cardiologique à l'effort si indiquée.

CERTIFICAT DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE PHYSIQUE

 Je soussigné(e) _____
 Après avoir examiné ce jour M. _____
 Né(e) le _____ :

- ☐ certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre indication à la pratique d'une activité physique d'intensité modérée à intense : cardio, marche, aquagym
- ☐ certifie que son état de santé actuel permet uniquement la pratique d'une activité physique d'intensité faible à modérée : gym douce, renforcement musculaire, réadaptation à la marche, stretching, pilate, dos et postures.
- ☐ certifie que son état de santé ne permet pas la pratique d'une activité physique.

 Dr _____
 Date : _____

Cachet et Signature :

POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

 Admission :
 04 66 35 75 27
 04 66 35 92 48

POUR NOUS RETOURNER LA DEMANDE D'ADMISSION

 Par courrier : Clinique Les Oliviers
 Cabassu CS 50023
 30660 Gallargues le Montueux

Par messagerie sécurisée : utilisez le QR code ci-joint :

