


CLINIQUE LES OLIVIERS

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

Cabassu - CS 50023

30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX

DOSSIER D'ADMISSION
Volet Administratif
A renseigner par le Patient

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

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

PATIENT	ASSURE
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Nationalité : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tél. fixe : _____ Portable : _____ Mail : _____ Profession : _____ Situation familiale : _____ Nombre d'enfant(s) : _____ Personne(s) vivant au domicile : _____ Rôle d'aidant : ☐ Oui ☐ Non Protection juridique si concerné : ☐ Tutelle ☐ Curatelle Nom du référent : _____ Téléphone : _____ Mail : _____	☐ 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 : _____
	PERSONNE A PREVENIR <i>Il s'agit de la personne que nous pouvons solliciter si vous n'êtes pas disponible afin de vous aider pour des éléments d'ordre administratif ou organisationnel en lien avec votre hospitalisation.</i> Nom : _____ Prénom : _____ Téléphone : _____ Mail : _____ Lien entre vous : _____

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE / MUTUELLE / PIECE D'IDENTITE
VEUILLEZ JOINDRE LA COPIE RECTO VERSO des documents suivants en COURS DE VALIDITE : ☐ Votre Carte Nationale d'Identité ou Passeport ☐ Votre attestation de droits de la caisse d'assurance maladie (accessible sur votre compte AMELI) ☐ Votre Carte Mutuelle ou cocher ☐ je n'ai pas de Mutuelle

Date : _____	Signature : _____
--------------	-------------------

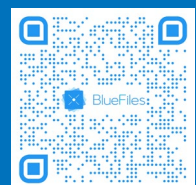
POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

 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 :



LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT :

VOTRE MEDECIN TRAITANT

Il s'agit du médecin que vous avez déclaré à votre caisse d'assurance maladie.

*(Déclaration du choix de médecin traitant CERFA n°12485*1)*

☐ Aucun

☐ Généraliste

☐ Autre : _____

Nom / Prénom du Médecin : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

VOTRE MEDECIN ADRESSEUR

Il s'agit du médecin qui vous a adressé à notre établissement.

☐ Il s'agit de mon médecin traitant

☐ Autre (spécialité) : _____

Nom / Prénom du Médecin : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

VOTRE PHARMACIEN DE REFERENCE

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

☐ Aucun

☐ Généraliste

☐ Autre : _____

Nom / Prénom du Médecin : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

VOTRE CARDIOLOGUE

Il s'agit du médecin qui vous a adressé à notre établissement

☐ Je ne suis pas suivi par un Cardiologue

Nom / Prénom du Médecin : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

AUTRE PROFESSIONNEL

Diabétologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicienne, Psychologue ...

☐ Spécialité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

AUTRE PROFESSIONNEL

Diabétologue, Endocrinologue, Psychiatre, Diététicienne, Psychologue ...

☐ Spécialité : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Mail : _____

Tel. : _____

**Pièces à joindre à
votre demande
d'hospitalisation
- Service DEDN -**

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

LE DOSSIER A NOUS ADRESSER COMPREND :

LES INFORMATIONS RENSEIGNEES :

PAR LE PATIENT

- ☐ Le volet Administratif
- ☐ Le volet Votre Santé

PAR LE MEDECIN ADRESSEUR

- ☐ Le volet Médical

PAR LE CARDIOLOGUE

- ☐ Le volet Médical – Evaluation Cardiologique

Les documents sont à télécharger sur le site internet de la clinique :

<https://www.oc-sante.fr/etablissements/clinique-les-oliviers/je-prepare-mon-sejour>

LES PIECES ADMINISTRATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE :

- ☐ Photocopie de votre CARTE D'IDENTITE recto / verso ou de votre PASSEPORT
- ☐ Votre Attestation de droits de la caisse d'assurance maladie (accessible sur votre compte AMELI)
- ☐ Photocopie de votre CARTE MUTUELLE si vous avez une mutuelle

LES PIECES DE VOTRE SUIVI MEDICAL A JOINDRE A LA DEMANDE

Ces éléments sont également précisés dans le Volet médical

- ☐ ORDONNANCE(S) en cours
- ☐ BILAN BIOLOGIQUE de moins de 3 mois
- ☐ CONSULTATION CARDIOLOGIQUE de moins d'1 an
- ☐ Autres EXAMENS ou COMPTES RENDUS que vous estimez important de porter à notre connaissance.

Dans le cadre d'un séjour Pré ou Post Chirurgie bariatrique, merci de nous fournir également :

- ☐ Compte rendu de la première consultation avec le CHIRURGIEN
- ☐ Compte rendu de la REUNION de CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE
- ☐ Compte rendu de la Consultation DIETETIQUE
- ☐ Compte rendu OPERATOIRE
- ☐ PROTOCOLE POST OPERATOIRE défini par le Chirurgien.

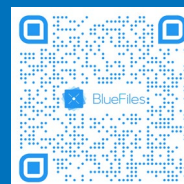
POUR OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS

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 :



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 : _____
PARTIE MEDICALE - PARLEZ-NOUS DE VOUS
a) Evaluation de votre autonomie et de votre adaptabilité : cochez les cases qui correspondent à votre situation et précisez si nécessaire.

Elements	Evaluations			Remarques, précisions
Toilette/Habillage	☐ Sans aide	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Déplacement	☐ Sans aide	☐ Aide partielle	☐ Aide totale	
Incontinence urinaire	☐ Aucune	☐ Partielle	☐ Complète	
Incontinence anale	☐ Aucune	☐ Partielle	☐ Complète	
Evaluation de la douleur	EVA = _____ /10	Siège = _____		
Passage d'IDE à domicile	☐ Non	☐ Oui 1x/j	☐ Oui 3x/j	
Passage d'aide à domicile	☐ Non	☐ Oui – Durée/sem : _____		

b) Pour les femmes (Nombre de grossesse/accouchement ? Dates ? Complications ? Diabète gestationnel ? Poids du bébé > 4 kg ? Cycles menstruels réguliers ? Ménopause ?)

c) Consommez-vous des produits toxiques ?

 Tabac : ☐ Oui ☐ Non jamais ☐ Non ancien
 Fréquence : _____ Date de sevrage : _____
 Quantité/j de consommation : _____ Quantité/j : _____

 Alcool : ☐ Oui ☐ Non jamais ☐ Non ancien
 Fréquence : _____ Date de sevrage : _____
 Quantité/j de consommation : _____ Quantité/j : _____

 Autres toxiques (cannabis, hallucinogènes, substances inhalées, stimulants, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, opiacés)
☐ Oui ☐ Non jamais ☐ Non ancien
 Fréquence : _____ Date de début et de sevrage : _____
 Quantité/j de consommation : _____ Quantité/j : _____

 Dépendances comportementales (jeux d'argent, jeux vidéo) ☐ Oui ☐ Non jamais ☐ Non ancien

d) Dans la famille, avez-vous des proches qui sont affectés d'Obésité ? de Diabète ? Infarctus du myocarde ? AVC ? Cancers ? (Précisez les liens de parenté)

e) Avez-vous séjourné à l'étranger au cours de ces 3 derniers mois ?
☐ Oui ☐ Non
 Si oui, précisez le Lieu et la durée du séjour : _____

f) RACONTEZ-NOUS L'HISTOIRE DE VOTRE POIDS, A QUOI EST-IL DÛ ? (à partir de quand/âge, l'évolution depuis la prise de poids (ex : périodes de yoyo), poids maximal atteint + date, poids de forme (poids réalisé pendant plusieurs années sans contrôle) + date, antériorité de suivi nutritionnel, traitements de l'obésité, chirurgie bariatrique et/ou régimes)

g) COMMENT VOTRE ENTOURAGE REAGIT-IL A VOTRE POIDS ?

g) QUELS SONT VOS LOISIRS ?

h) QUELS PROJETS VOUS TIENNENT A CŒUR ? (Personnels / Familiaux / Professionnels)

Pour l'organisation du séjour :

i) VOUS SENTEZ-VOUS EN CAPACITE D'ASSISTER A DES ATELIERS DE GROUPE (10 personnes) ?

☐ Oui ☐ Non

j) AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS PARTAGER ?

PARTIE ALIMENTATION - Parlez-nous de votre rapport à l'alimentation

Concernant vos épisodes d'alimentation entre les repas :

1) Avez-vous parfois l'impression de ne plus contrôler ce que vous mangez ou de ne pas pouvoir vous arrêter ?

a. ☐ OUI ☐ NON

SI OUI :

Est-ce que ces pertes de contrôle sont survenues 1 fois/sem ou plus au cours de ces 3 derniers mois (soit minimum 12 fois au cours des 3 derniers mois) ?	☐ OUI ☐ NON
Dans ces moments-là, mangez-vous, selon vous, plus rapidement que la normale ?	☐ OUI ☐ NON
Dans ces moments-là, mangez-vous de grandes quantités de nourriture sans avoir faim ?	☐ OUI ☐ NON
Dans ces moments-là, mangez-vous jusqu'à ressentir une sensation d'inconfort ?	☐ OUI ☐ NON
Dans ces moments-là, cherchez-vous à être seul(e) parce que vous êtes embarrassé(e) par les quantités ingérées	☐ OUI ☐ NON
Dans ces moments-là, ressentez-vous du dégoût pour vous-même, de la culpabilité ou de la tristesse ?	☐ OUI ☐ NON

2) Au cours des 3 derniers mois, cela vous est-il arrivé de vivre des comportements tels que :

Vomir dans le but de compenser ce que vous avez mangé :	☐ OUI ☐ NON
Prendre des laxatifs, des lavements, ou des diurétiques dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	☐ OUI ☐ NON
Faire de l'exercice physique/sportive excessive dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	☐ OUI ☐ NON
Sauter volontairement plusieurs repas dans le but de compenser ce que vous avez mangé ?	☐ OUI ☐ NON

3) Un professionnel de santé a-t-il déjà employé le terme de trouble du comportement alimentaire (hyperphagie boulimique, boulimie, anorexie) suite à un entretien ?

a. ☐ OUI ☐ NON

Si oui, quel(s) professionnel(s) ?

PARTIE ALLERGIES ET AVERSIONS ALIMENTAIRES

1) Avez-vous des allergies alimentaires ?

a. ☐ OUI ☐ NON

Si oui, le(s) quelle(s) ?

.....

.....

2) Avez-vous des aversions alimentaires ?

a. ☐ OUI ☐ NON

Si oui, le(s) quelle(s) ?

.....

.....

PARTIE PRATIQUE PHYSIQUE - Evaluons vos capacités physiques

Le questionnaire d'auto-évaluation permet de déterminer votre profil : peu actif, plutôt actif ou très actif. Il se calcule en additionnant les points associés aux case cochées. Lisez attentivement chaque question et cochez la case la plus représentative de vos habitudes.

A- COMPORTEMENTS SEDENTAIRES	1	2	3	4	5
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, ...)	+ de 5h	4 à 5h	3 à 4h	2 à 3h	Moins de 2h
TOTAL A					

B- ACTIVITES PHYSIQUES DE LOISIR (DONT SPORTS)	1	2	3	4	5
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non				Oui
A quelles fréquences pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	3 fois par semaine	4 fois par semaine
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min	16 à 30 min	31 à 45 min	46 à 60 min	Plus de 60 min
Habituellement comment percevez-vous votre effort ? Le chiffre 1 représentant un effort très facile et le 5, un effort difficile.	1	2	3	4	5
TOTAL B					

C- ACTIVITES PHYSIQUES QUOTIDIENNES	1	2	3	4	5
Quelle intensité d'activité physique votre travail requiert-il ?	Légère	Modérée	Moyenne	Intense	Très intense
En dehors de votre travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers : bricolage, jardinage, ménages...	Moins de 2h	3 à 4h	5 à 6h	7 à 9h	Plus de 10h
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche ?	Moins de 15 min	16 à 30 min	31 à 45 min	46 à 60 min	Plus de 60 min
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	0 à 2	3 à 5	6 à 10	11 à 15	Plus de 16
TOTAL C					

TOTAL A + B + C					
------------------------	--	--	--	--	--

Date 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 :

