



## DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS NUTRITIONNELS

**(Durée du séjour : 4 semaines)**

### Critères d'admission :

- **IMC supérieur à 35.**
- **Patients habitant en région Auvergne Rhône-Alpes.**
- **Absence d'affection psychiatrique relevant d'un suivi spécialisé et d'affection contagieuse.**

Téléphone du service de préadmission : 04 57 26 36 94

Numéro de Fax : 04 57 26 36 41

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PATIENT :

Nom: \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénoms :

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_ \_ \_ \_

Adresse :

Code postal : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

N° de téléphone fixe : \_\_\_\_\_ N° de téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : -----@-----

N° de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_

Nom et adresse de la mutuelle :

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU PRESCRIPTEUR :

Nom :

Spécialité :

Adresse :

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email -----@-----

Cachet et signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDEE :

Résumé de situation motivant la demande d'admission/objectif du séjour :

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Date d'admission souhaitée : -----

## LISTE DES DOCUMENTS ET/OU PIÈCES À FOURNIR :

### ADMINISTRATIFS :

Si vous êtes sous protection juridique, merci de nous fournir la photocopie du jugement.

Si vous êtes pris en charge à 100% pour une maladie, veuillez nous fournir l'attestation papier de couleur violette que votre caisse vous a envoyée (ou réclamer une photocopie lisible à votre médecin traitant si vous l'avez égarée)

### MEDICAUX :

Le programme comprenant, entre autre, un programme de réentraînement à l'effort, il vous est demandé de réaliser un bilan cardiologique à nous retourner avec l'ensemble des documents d'admission. (cf : courrier à l'attention de votre cardiologue ci-joint).

Ordonnance du traitement médical en cours

## CONDITIONS DE LOGEMENT :

Appartement : Oui  Non  Etage : Oui  Non  Ascenseur : Oui  Non

Maison : Oui  Non  Marches ou escaliers : Oui  Non  Nombre de marches :

## ACTIVITES PROFESSIONNELLES

En activité : Oui  Non  Profession :

INVALIDITE : Oui  Non

Retraite depuis (date) :

## SITUATION FAMILIALE :

Célibataire  Marié(e)  Veuf (ve)  Pacs

Enfant(s) : Oui  Non  Nombre à charge :

## ANTECEDENTS PERSONNELS

Diabète : Oui  Non  Insuline : Oui  Non

Hypertension : Oui  Non

Pathologie cardio-vasculaire : Oui  Non

Cholestérol : Oui  Non

Allergies :

Autre (préciser) :

**LOISIRS :**Télévision : Oui  Non  Lecture : Oui  Non Autres : Oui  Non  Si oui, lesquelles :**ACTIVITES PHYSIQUES :**Seul(e) : Oui  Non  Nombre d'heures par semaine :  
Si oui, lesquelles :En club : Oui  Non  Nombre d'heures par semaine :  
Si oui, lesquelles :Autres : Oui  Non  Nombre d'heures par semaine :  
Si oui, lesquelles :**HABITUDES ALIMENTAIRES :**Prenez-vous un petit déjeuner ? Oui  Non Prenez-vous un goûter ? Oui  Non Grignotez-vous entre les repas ? Oui  Non Vous réservez-vous systématiquement ? Oui  Non Consommez-vous des fruits et légumes tous les jours ? Oui  Non Consommez-vous des boissons sucrées (jus de fruits, sodas,..)? Oui  Non **Vous mangez :**Quand c'est l'heure ? Oui  Non Quand vous avez faim ? Oui  Non N'importe quand ? Oui  Non Seul(e) devant la télévision ? Oui  Non En famille devant la télévision ? Oui  Non

**OBSERVATIONS DIVERSES :**

**HISTOIRES DE L'OBESITE :**

A quel âge l'excès de poids est-il apparu ?

-----

Y a-t-il des circonstances particulières qui semblent avoir déclenché l'excès de poids ?

Oui  Non

Si oui, pouvez-vous préciser lesquelles ?

-----

-----

Avez-vous déjà eu des prises en charge nutritionnelles ? Oui  Non

Si oui, précisez où, quand et le résultat ?

-----

-----

-----

**EXAMEN CLINIQUE REALISE PAR LE DR :**

Age : Poids : Taille : IMC :

Peau Eczéma  Mycose

Intertrigo  Autre

-----

Appareil respiratoire : Dyspnée (essoufflement)  Toux chronique

Asthme  Tabac

Apnée du sommeil : Oui  Non  si oui, est-elle appareillée ? Oui  Non

Si oui, ne pas oublier d'apporter votre appareil

Appareil cardio-vasculaire : Tension artérielle : / Pouls : /mn

-----

Anomalies orthopédiques : Oui  Non

Si oui, de quels types :

## DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS NUTRITIONNELS

**(Partie à conserver par le patient)**

Téléphone du service de préadmission : 04 57 26 36 94

Numéro de Fax : 04 57 26 36 41

### TROUSSEAU D'ENTREE

**Carnet de surveillance : diabétique et anticoagulants et Pace Maker**

**POUR LA TOILETTE :**

- Serviettes de toilette
- Savon

**POUR LES ACTIVITES SPORTIVES**

- Vêtements chauds (en période hivernale) pour la marche en extérieur
- Veste de sport, coupe-vent, polaire
- Lunettes de soleil, chapeau/bonnet (selon saison)
- Survêtement(s)
- Short (selon saison)
- T-shirts
- Socquettes /chaussettes
- Chaussures de sport adaptées à la marche en extérieur
- Chaussures de sport pour la salle
- 2 bâtons de marche/ randonnée (type ARP 200 VLT) – A défaut, l'établissement vous en mettra à disposition pendant le séjour
- Gourde ou petite bouteille d'eau (à emporter lors de chaque activité)
- Sac à dos
- Maillot(s) de bain **ET** bonnet de bain
- Serviette de bain **ET** peignoir de bain
- Appareil de mesure de la glycémie **ET** bandelettes (pour les patients diabétiques)

**POUR LE LINGE À LAVER :**

L'établissement dispose de lave-linges (4€ la machine) et de sèche-linges (2€)

### **INFORMATIONS NECESSAIRES POUR VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MUTUELLE :**

- Code DMT : 172
- N° de FINESS : 74 078 0143



Etablissement de Soins de Suite et Réadaptation d'Evian, Site Camille Blanc – Groupe MGEN  
59 bis, Boulevard Jean Jaurès 74500 EVIAN

Admissions : Tél. 04 57 26 36 94  
Fax 04 57 26 36 41

## A l'attention de votre cardiologue

Dossier suivi par : Service des Pré-Admissions  
04 57 26 36 94

Objet : Bilan cardiologique avant admission pour prise en charge nutritionnelle

Docteur,

Votre patient souhaite faire une demande d'admission afin d'intégrer notre SSR pour une prise en charge nutritionnelle en hospitalisation complète pour une durée de 4 semaines.

Ce programme comprend, entre autre, un programme de réentraînement à l'effort. Le réentraînement à l'exercice est réalisé avec une cible d'intensité de travail comprise entre 55 et 70% de la FC maximale. En l'absence de contre-indication, votre patient bénéficiera aussi de séances d'Aquabike en fractionné.

Afin d'éliminer une contre-indication à la réalisation de ce programme, un avis cardiologique est demandé assorti d'une épreuve d'effort de moins de 6 mois.

Si cette dernière n'est pas réalisable, je vous remercie de préciser le niveau d'intensité de travail autorisé avec la FC cible.

Pour les patients sous bêta-bloquant ou porteur de PM ou DAI, merci aussi de préciser la FC cible.

Vous remerciant pour votre confiance, et restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Service des Pré-Admissions



## La personne de confiance

***Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.***

### En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

- > **pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux** : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ;
- > **dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions** : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées<sup>(1)</sup> à votre personne de confiance.

### Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance ?

**La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical** (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens)<sup>(2)</sup>. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, **en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision.**

En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une **recherche biomédicale** est envisagée dans les conditions prévues par la loi, **l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance.**

(1) Voir la fiche concernant « Les directives anticipées »

(2) Voir la fiche concernant « Les règles d'accessibilité aux informations de santé personnelles »



## FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je, soussignée (e) .....

NOM, Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Choisis de désigner M., Mme, Mlle

NOM, Prénom .....

Adresse .....

Tél. fixe ..... Tél. mobile .....

E-mail .....@.....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant)

**Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance**

- jusqu'à ce que j'en décide autrement
- uniquement pour la durée de mon séjour dans l'établissement

**J'ai bien noté que M., Mme, Mlle.....**

✓ Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

✓ Pourra être consulté (e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.

✓ Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.

✓ Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

✓ Sera informé (e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

**Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.**

Décide de ne pas désigner de personne de confiance. Je reconnais néanmoins avoir été informé(e) de la possibilité dont je dispose, à tout moment, de désigner par écrit une personne de confiance pour la durée de mon séjour dans l'établissement.

Le patient est dans l'incapacité de désigner une personne de confiance

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance (recommandé)

Le :

Le :

Signature :

Signature :



## ENGAGEMENT CHAMBRE PARTICULIÈRE

Vous avez la possibilité d'être en chambre individuelle pour plus de confort et d'intimité lors de votre séjour.

*Le bénéfice d'une chambre individuelle est facturé (jour de sortie compris) :*

- 45\* euros par jour pour les mutualistes MGEN et FNMF
- 65\* euros par jour pour les autres usagers
- 89\* euros par jour **pour la chambre confort**

\* Tarifs révisables en cours d'année

**Nous vous invitons à prendre contact avec votre mutuelle afin de connaître les modalités de prise en charge de la chambre particulière par cette dernière.** N'oubliez pas de préciser que votre hospitalisation interviendra dans *un établissement de soins de suite et de réadaptation*. Nous vous remercions de bien vouloir remplir l'engagement ci-dessous et nous le retourner rapidement.

1.  Je demande l'obtention d'une chambre individuelle pour toute la durée de mon hospitalisation.
2.  Je demande l'obtention d'une chambre individuelle uniquement pendant la durée de la prise en charge par ma mutuelle.

### Choix de la catégorie de chambre :

- Chambre individuelle (voir les 2 tarifs ci-dessus)
- Chambre individuelle CONFORT- Vue Lac (avec un engagement minimum de 20 jours, quelle que soit la durée de la prise en charge de la mutuelle)

Si je fais le choix de la Chambre Confort vue lac, et que ma chambre n'est pas coté lac :

Je souhaite bénéficier néanmoins des prestations annexes facturées au tarif de la CP confort en attendant mon déménagement :  OUI

NON

Le jour de sortie étant facturable à la suite du décret 2019-719, il sera facturé au patient (*s'il n'est pas pris en charge par la complémentaire*)

***Je m'engage à régler les frais, déduction faite de la participation éventuelle de ma mutuelle.***

***Au cas où ma mutuelle ne prend pas en charge tout ou partie de ce supplément, une avance d'une valeur correspondant à 10 jours d'hospitalisation me sera réclamée à l'entrée, et renouvelable.***

***Si votre mutuelle refuse la prise en charge, le séjour en chambre particulière vous sera facturé depuis votre date d'entrée.***

Je soussigné(e), .....

Agissant en mon nom propre / en ma qualité de représentant de .....  
(Lien de parenté) .....

La signature du présent document engage la personne représentant le patient, vis-à-vis de la créance.

Déclare avoir pris connaissance du coût lié à la chambre individuelle.

Le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Contre signature du patient s'il n'est pas le signataire initial :