

Dossier de pré-admission

- Soins Médicaux et Réadaptation
- Nutrition



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer un séjour dans notre établissement Mey Santé (Clinique SMR de Pégomas ou CERES à Nice) et nous vous en remercions.

Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-admission.

ÉLÉMENTS À FOURNIR



- ☐ **PARTIE 1 : Dossier Médical de pré-admission rempli par votre médecin prescripteur. Il est à nous retourner sous pli confidentiel avec le reste de votre dossier.**
- ☐ **PARTIE 2 : Dossier Administratif de pré-admission rempli (2 pages)**
- ☐ **Copie de votre attestation papier de sécurité sociale en cours de validité**
- ☐ **Copie recto verso de votre carte de complémentaire santé en cours de validité**
- ☐ **Copie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité**
- ☐ **Copie de votre ordonnance de traitement en cours**
- ☐ **Une photo d'identité récente**
- ☐ **CERES seulement: Une biologie datant de moins de 3 mois (Glycémie à jeun [+HbA1c si diabétique], bilan lipidique, TSH, CRP, HOMA-IR, Débit de Filtration Glomérulaire), Lettre de motivation, et en cas de tutelle/curatelle, une copie du jugement**

Notez: Le bon de transport et l'arrêt de travail doivent être réalisés par votre médecin traitant.

Votre dossier médical de pré-admission sera transmis au médecin de notre établissement pour avis :

Si un accord d'admission est prononcé :

- Vous recevrez un courrier de confirmation de votre admission

Si un refus d'admission est prononcé :

- Vous recevrez un courrier vous informant du refus
- Votre médecin recevra un courrier l'informant des motifs de ce refus et pourra ainsi vous les communiquer

CRITÈRES DE REFUS

NOTE D'INFORMATION

Cher(e) Confrère / Consoeur,

Dans le cadre de l'accompagnement personnalisé proposé par les établissements de Mey Santé, cette **note d'information** a pour objectif de vous fournir un guide de référence détaillant les critères de refus applicables aux deux types de prises en charge pour la Clinique SMR et le CERES.

Ce document vise à garantir une prise en charge cohérente et optimale pour les patients répondant aux critères requis.

Nous vous remercions pour votre collaboration et restons à votre disposition pour toute question ou précision concernant ce guide.

La direction.

Soins Médicaux et Réadaptation	Nutrition
Âge < 18 ans	Âge < 18 ans
SSR non justifié (motif à préciser)	Âge > 75 ans
Pathologie psychotique	IMC < 30 sans diabète associé
Patient dément déambulant	GIR < 5
État d'agitation	Anorexie mentale
Violence	Pathologie psychiatrique non stabilisée
Post tentative de suicide	Pathologie psychotique
Absence de motivation lors d'un précédent séjour	Nombre de séjours > 3
Absence de motivation / d'intérêt lors d'un précédent séjour	Alcoolisme non sevré
	Absence de motivation / d'intérêt lors d'un précédent séjour
	Non-respect du règlement intérieur

PARTIE 1

DOSSIER MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Photo
d'identité

Cher consœur / confrère,

Pour assurer une prise en charge optimale de votre patient(e) dans notre établissement, merci de :

- **Réaliser une ordonnance pour une biologie** datant de moins de 3 mois incluant : Glycémie à jeun (+HbA1c si diabétique), bilan lipidique, TSH, CRP, HOMA-IR, Débit de Filtration Glomérulaire.
- **Remplir et joindre les 3 certificats** au dossier : Certificat d'aptitude à la pratique du sport, certificat médical d'aptitudes psychologiques et certificat pour la prise en charge
- **En cas de besoin de transport médical** : Pensez à le faire pour votre patient.
- **En cas de besoin d'arrêt de travail**: Pensez à le faire pour votre patient.

Le médecin d'établissement.

Identité du patient

Nom : Prénoms :

Nom de naissance : Date de naissance :

Prise en charge souhaitée au sein de:

- ☐ Clinique SMR de Pégomas:
 - ☐ Hospitalisation complète en Soins Médicaux et Réadaptation
 - ☐ Hospitalisation de Jour en Nutrition
 - ☐ Hospitalisation complète en Nutrition
- ☐ CERES (Nice): Hospitalisation de Jour en Nutrition

Prise en charge (1/2)

Motif de l'admission :

Hospitalisation(s) antérieure(s) dans notre établissement: ☐ Oui ☐ Non

Dates :

Antécédents médicaux:.....

.....

Allergie(s):.....

.....

Antécédents chirurgicaux:.....

.....

.....

Prise en charge (2/2)

État nutritionnel : Taille: Poids : IMC : Dénutrition ☐ Oui ☐ Non

Troubles métaboliques :

☐ Dyslipidémie	☐ Hyperglycémie modérée à jeun
☐ Diabète de type 1	☐ Insuffisance rénale
☐ Diabète de type 2	☐ Hyper uricémie
☐ HTA	☐ Autre:.....

État psychique :

Diagnostic principal:

Traitement actuel (joindre ordonnance) :

Régime à suivre :

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Nutrition entérale | ☐ Diabétique | ☐ Sans fibres |
| ☐ Hypocalorique | ☐ Hypercalorique | ☐ Hypo protidique |
| ☐ Sans sel | ☐ Sans gluten | ☐ Restriction hydrique |
| ☐ Sans porc | ☐ Sans résidu | ☐ Hyper protidique |

Allergie(s) alimentaire(s) :

Évaluation des soins

État cutané : ☐ Intégrité ☐ Escarres (localisation): ☐ Plaies (localisation) :

Si pansements (nature, siège, protocole) :

Locomotion :

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| ☐ Autonome | ☐ Cannes | ☐ Cannes Anglaises |
| ☐ Déambulateur | ☐ Fauteuil roulant | ☐ Handicap moteur : (précisez) |



Partie ci-après pour demande d'hospitalisation complète.
NE PAS OUBLIER DE SIGNER EN FIN DE DOSSIER.

Soins spécifiques

Mesure d'isolement

- | | |
|--|--|
| ☐ Précautions « standard ou contact » | ☐ Précautions « respiratoire ou gouttelette » |
|--|--|

Autonomie selon la grille AGGIR : Entourer la lettre correspondant à l'état du patient.

A : Autonome pour cette activité; B : Intermédiaire ; C : Perte d'autonomie

	A	B	C
Cohérence			
Orientation			
Toilette			
Habillage			
Alimentation			

	A	B	C
Élimination urinaire			
Élimination fécale			
Transferts			
Déplacement à l'intérieur			
Déplacement à l'extérieur			
Communication à distance			

Soins techniques : ☐ Aucun

- ☐ Voie veineuse périphérique ☐ Voie veineuse centrale ☐ D.V.I. ☐ Injections
☐ Glycémies capillaires ☐ Insulinothérapie (nombre d'injections : / jour)
☐ Sonde vésicale à demeure (posée le :) ☐ Stomie urinaire
☐ Sonde gastrique ☐ Gastrotomie
☐ Colostomie : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Provisoire ☐ Définitive
☐ Oxygène :l/min ☐ Aérosols (nombre :/jour) ☐ Aspiration

Appareillage :

- ☐ Prothèses oculaires : ☐ Lunettes ☐ Lentilles
☐ Prothèses auditives : ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Prothèses dentaires : ☐ Haut ☐ Bas
☐ Prothèses orthopédiques :

Évaluation sociale et Projet social

Situation sociale antérieure, vivait :

- ☐ Seul ☐ En couple ☐ Tuteur ☐ Curateur ☐ Autre :

Souhaits du patient en vue de sa sortie de notre établissement :

- ☐ Retour domicile ☐ IDE libérale ☐ SSIAD ☐ Dossier d'aide sociale ☐ Repas à domicile ☐ EHPAD
☐ Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ☐ Aide ménagère ☐ SAGE ☐ Mandataire/curateur/tuteur ☐ Auxiliaire de vie ☐ Autre :

Nom du médecin prescripteur :

Adresse :

Tél :

Signature:

Décision du médecin SMR :

☐ Accord

☐ Refus

Signature:

CERTIFICAT MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION
A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e)

Docteur

Justifie que Mme, Mlle, Mr

Nécessite :

- ☐ Une hospitalisation complète de 30 jours en Convalescence à la Clinique SMR de Pégomas.
- ☐ Une hospitalisation complète de 30 jours en Nutrition à la Clinique SMR de Pégomas.
- ☐ Une hospitalisation de Jour en Nutrition à la Clinique SMR de Pégomas.
- ☐ Une hospitalisation de Jour en Nutrition au CERES (Nice).

Pour les motifs suivants :

.....

.....

.....

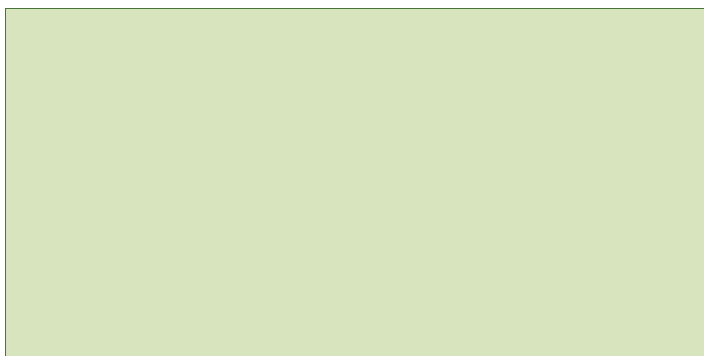
.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin traitant

A large, empty rectangular box with a light green border, intended for the signature and official stamp of the treating physician.

**CERTIFICAT MÉDICAL DE NON
CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT
A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT**

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(é) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre- indiquant la pratique du sport à La Clinique SMR de Pégomas / CERES Hôpital de Jour en Nutrition.

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin traitant

CERTIFICAT MÉDICAL
Aptitudes psychologiques
À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN
PSYCHIATRE SI VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN SUIVI,
SINON PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(é) le :

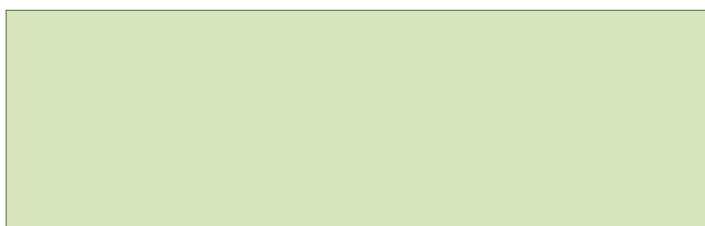
Et certifie que Mme, Mlle ou Mr :

- ☐ est apte à la vie en collectivité (préparation et partage du repas en groupe, groupes d'échanges et de paroles entre patients et professionnels)
- ☐ est compatible avec les activités proposées: ateliers collectifs animés par différents professionnels de santé dont art-thérapeute, sophrologue, psychologue, sonothérapeute
- ☐ ne présente pas de troubles du comportement
- ☐ ne présente pas d'idées suicidaires

Commentaires éventuels:
.....
.....

Fait à, le

Signature et cachet du psychiatre / médecin traitant



PARTIE 2

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉ-ADMISSION A REMPLIR PAR LE PATIENT (2 pages)

Période souhaitée d'hospitalisation:

Identité du patient

Nom :	Prénoms :
Nom de naissance :	Nationalité :
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Situation familiale: ☐ Marié(e)- pacsé(e)- en union libre ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé(e)-divorcé(e)	
Adresse :	
Code postal/Ville :	Portable :
Email :	
Profession :	

Personnes à prévenir

Nom - Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Position juridique

EN CAS DE TUTELLE/CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR	
Nom du tuteur ou curateur:	
Adresse :	
Tel. fixe :	Tel. portable:

Médecin prescripteur

Médecin prescripteur: ☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Aucun

Nom du médecin :

Adresse :

Tel. fixe : Tel. portable :

Est-il votre médecin traitant? ☐ Oui ☐ Non

Est-il votre médecin référent auprès de la Sécurité Sociale? ☐ Oui ☐ Non

Hospitalisation complète: Chambre individuelle souhaitée : ☐ Oui ☐ Non

Prise en charge

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire :
.....

Numéro de sécurité sociale :/...../...../...../...../...../...../.....

Bénéficiaire: ☐ Assuré (e) ☐ Conjoint ☐ Ascendant
☐ Enfant ☐ Concubin

Mutuelle ou Organisme complémentaire (nom et adresse) :
.....

Numéro d'adhérent ou de contrat :

Téléphone de l'organisme : Fax :

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le: ☐ OK

Nom et signature (secrétaire médico-administrative):

Signature du patient :

CERES seulement
VOS MOTIVATIONS / ATTENTES
À REMPLIR PAR LE PATIENT

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Madame, Monsieur,

Pour préparer au mieux votre entrée et comprendre vos attentes, merci de bien vouloir répondre à la question suivante :

**Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous intégrer le
programme de l'Hôpital de jour CERES ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature du patient: