

Madame, Monsieur,

Nous serions heureux de vous accueillir très prochainement dans notre établissement.

Nous vous adressons les dossiers administratifs et médicaux pour votre future admission et nous vous remercions de bien vouloir les compléter précisément, partie administrative par vous-même et partie médicale par votre médecin généraliste ou spécialiste.

Dès que ces dossiers seront dûment complétés, merci de les adresser à notre établissement :

**HOPITAL DE JOUR CERES
65, VOIE ROMAINE
06000 NICE**

Ils seront visés par la secrétaire pour la partie administrative et par le médecin du service pour la partie médicale.

A la lecture de tous les renseignements donnés, une date d'admission pourra être fixée.

Pour tous renseignements, nous restons à votre disposition et sommes joignables au **04.89.08.76.00**.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le secrétariat



UNITE DE DIETETIQUE

2344 route de la Fènerie – 06580 PEGOMAS

Tél : 04.92.97.32.32 – Fax : 04.92.97.32.84 – E-Mail : contact@unitededietetique.com

NOTICE D'INFORMATION Dossier de pré-admission

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer un séjour dans notre établissement et nous vous en remercions.
Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-admission.

Éléments administratifs à fournir

❖ **Dossier Administratif de pré-admission**

Ce document est à compléter (**recto-verso**) et à signer par vos soins.
Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document.

❖ **Copie de votre attestation papier de sécurité sociale en cours de validité** => **IMPERATIF**

Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie ou sur le site internet de la CPAM : www.ameli.fr . Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

Si votre caisse de régime obligatoire est autre que la CPAM (MAEE, MGEFI, SNCF, MSA, MONACO, CPRCEN...), merci de nous contacter.

❖ **Copie recto verso de votre carte de complémentaire santé en cours de validité**

Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé.
Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

Si vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.

❖ **Copie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité**

❖ **Prescription médicale du séjour établie par votre médecin (fait office de prise en charge pour la CPAM).**

❖ **Contrat moral.**

❖ **Consentement RGPD.**

Nous vous remercions de bien vouloir retourner votre dossier de pré-admission rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées.

Si un accord d'admission est prononcé :

- Vous recevrez un appel pour fixer la première journée d'admission.
- Votre médecin recevra un courrier l'informant 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.

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

A compléter par vos soins recto verso, à signer et à nous renvoyer

NOM : PRENOMS :

NOM DE NAISSANCE : NATIONALITE :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION FAMILIALE :

Marié (e)- pacsé (e)-en union libre

Célibataire

Veuf-veuve

Séparé(e)-divorcé (e)

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE FIXE :

TELEPHONE PORTABLE :

EMAIL :

PROFESSION :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE :

NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :

DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../...../...../.....

BENEFICIAIRE :

Assuré (e)

Conjoint

Ascendant

Enfant

Concubin

MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) :

NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT :

TELEPHONE DE L'ORGANISME :

FAX :

POSITION JURIDIQUE :

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR

NOM DU TUTEUR OU CURATEUR :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : TEL PORTABLE.....

PERSONNE A PREVENIR (A remplir obligatoirement) :

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

MEDECIN GENERALISTE Aucun

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : TEL PORTABLE.....

Est-il votre Médecin traitant ? OUI NON

Est-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ? OUI NON

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? OUI NON

Si OUI, à quelle date ? :/...../..20.....

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le :

OK :

Nom (secrétaire médico-administrative)

.....

.....

Signature (secrétaire médico-administrative)

SIGNATURE OBLIGATOIRE

CONTRAT MORAL



Je soussigné(e), Mme, M. :

Nom : **Prénom :**

M'engage à :

- ❖ Respecter le règlement intérieur de l'établissement.
- ❖ Ne pas consommer de boissons ou d'aliments autres que ceux autorisés par l'établissement.
- ❖ Ne pas quitter l'établissement durant mon hospitalisation sans en avoir informé le personnel soignant et signé une décharge le cas échéant.
- ❖ Adopter un comportement adapté à un établissement hospitalier.
- ❖ Respecter l'usage du vouvoiement envers les membres de l'équipe pluridisciplinaire y compris les éventuels stagiaires.
- ❖ Respecter les horaires d'arrivée et de chaque activité prévue sur le planning.

Je suis informé(e) :

- ❖ Que je peux avoir accès, selon la procédure en vigueur, à mon dossier médical (selon la loi du 4 Mars 2002 en application) durant mon hospitalisation, ou après.
- ❖ Que toute annulation de journée communiquée 48h à l'avance **doit être accompagnée d'un certificat justifiant votre absence. Dans le cas contraire, ces journées ne pourront plus être reportées** pour le bon fonctionnement de l'Hôpital de Jour.
- ❖ Que toute annulation communiquée **moins de 48h à l'avance** et non justifiée par un certificat fera l'objet d'une **facturation de 5 € par journée d'absence injustifiée pour le paiement de la commande de repas** et, au bout de trois reprises, d'un arrêt de l'hospitalisation.

Je souhaite :

- ❖ La non-divulgence de ma présence OUI NON
- ❖ Recevoir des communications téléphoniques OUI NON

Je certifie :

- ❖ Prendre à ma charge le règlement des frais non pris en charge par mon organisme de Sécurité Sociale et/ou mutuelle.
- ❖ Autoriser l'établissement à utiliser ma photo à des fins d'identification durant mon séjour.

Fait à NICE le :/...../.....

Signature du patient

CONSETEMENT RGPD

Je soussigné(e), Nom :

Prénom :

Autorise l'Hôpital de Jour Cérés à traiter mes données personnelles suivantes, nécessaires à ma prise en charge dans l'établissement :

- Prise en charge administrative
- Prise en charge médicale

Les données suivantes sont utilisées pour une identification fiable lors de la prise en charge médicale (dossier médical, étiquettes et bracelet d'identification, fiches repas, émargement et planning pour les ateliers, PMSI, statistiques anonymisées, analyses labo...), de la correspondance avec les médecins de ville et les autres établissements de santé/Ehpad, avec les caisses de sécurité sociale et de mutuelle, pour la facturation, les transports :

Nom de naissance ou nom de famille

Prénom (le 1^{er})

Date de naissance

Sexe

Pays de naissance

Lieu de naissance pour les patients français

Photo

Numéro de sécurité sociale (carte vitale/ attestation papier)

Carte mutuelle

Nom d'usage

Adresse du domicile

Catégorie socioprofessionnelle

Situation matrimoniale

N° de téléphone / email

Personne à prévenir

Médecin traitant

Données de santé

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, et au texte du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), voté en 2016 et applicable dans l'Union européenne à compter du 25 Mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous bénéficiez également :

D'un droit d'effacement de vos données au-delà des durées de conservations préalablement définies (art. 17), d'une limitation du traitement relatif à la personne concernée (18), et du droit à la portabilité de ces données (art. 20) c'est-à-dire transmettre ces données d'un responsable de traitement à un autre dans un format structuré couramment utilisé et lisible par machine.

Du droit de vous opposer à n'importe quel moment à un traitement de données, « pour des raisons tenant à sa situation particulière » si ce traitement ne présente pas de caractère obligatoire (art. 21).

Du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Droit de retirer le consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant le retrait de celui-ci.

Droit de ne pas faire l'objet d'une décision résultant exclusivement d'un traitement automatisé y compris le profilage, produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant d'une manière significative (art.22)

Si vous souhaitez exercer l'un de ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à notre DPO : Aurélie Di Pasquale.

Par voie électronique : dpo@unitededietetique.com

Par courrier postal : A. Di Pasquale – Responsable Qualité – Unité de diététique – 2344 Route de la Fénerie – 06580 PEGOMAS

Date :
Signature :

Madame, Monsieur,

Afin que le médecin du service puisse étudier votre demande d'admission à CERES et afin de vous accompagner dans votre projet, merci de vous assurer que **TOUS les éléments soient présents** dans votre dossier d'admission.

Éléments médicaux à fournir

- ❖ Le **dossier médical** ENTIEREMENT rempli : nom prénom, date de naissance, motif du 100%, poids, taille...
- ❖ Nom des **médecins correspondants** : endocrinologue/ médecin traitant autres...
- ❖ PHOTOCOPIE de votre/vos **ordonnance(s)** comprenant tous vos MEDICAMENTS actuels.
- ❖ PHOTOCOPIE DE LA DERNIERE **prise de sang** datant de moins de 3 mois comprenant :
 - Un bilan du cholestérol (EAL)
 - Une glycémie à jeun
 - Un bilan thyroïdien (TSH)
- ❖ Si vous êtes **diabétique** : la dernière Hémoglobine glyquée (HbA1c), bilan rénal (créatinémie, MDRD).
- ❖ **Certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport** rempli par votre médecin adresseur.
- ❖ **Certificat d'aptitude psychologique** à faire remplir par votre psychiatre ou le cas échéant par votre médecin adresseur (généraliste ou spécialiste).
- ❖ Une photo d'identité récente à coller sur le dossier médical.

Attention : tout dossier incomplet ne permettra pas l'étude de ce dernier, qui vous sera alors renvoyé.

Nous vous remercions de votre compréhension et restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Hôpital de Jour CERES

65, Voie Romaine - 06000 NICE

☎ : 04.89.08.76.00 - Fax : **04.89.94.61.40**

Email : contact@hdjceres.com - N° FINESS 060023694



**DOSSIER MEDICAL
DE PRE-ADMISSION**

Photo
d'identité

Nom :

Prénom :

Date de Naissance

Tel :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN DU PATIENT ET A RETOURNER A CERES

A l'attention du médecin prescripteur (traitant ou spécialiste)

Cher confrère,

Nous vous remercions de-vous assurer auparavant que le patient ne rentre pas dans les critères de refus suivants :

- | | |
|------------------------|---|
| - Age <18 ans | - Pathologies psychiatriques non stabilisées |
| - GIR<4 | - Post-tentative de suicide |
| - Anorexie mentale | - Absence de motivation ou d'intérêt pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique |
| - Alcoolisme non sevré | |
| - Essai thérapeutique | |

NOUS VOUS REMERCIONS D'ETABLIR LA PRESCRIPTION MEDICALE DU SEJOUR POUR VOTRE PATIENT(E) A L'AIDE DU DOCUMENT CI-JOINT

Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « prescription médicale de transport », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e).

Le Médecin Responsable

1. État nutritionnel :

Taille :

Poids :

IMC ::

Troubles métaboliques :

Diabète de type 1

Diabète de type 2

Autre :

2. Diagnostic principal /motif d'admission :

3. Antécédents médicaux :

Locomotion : Autonome Déambulateur Fauteuil roulant *Handicap moteur, préciser :*

4. Antécédents chirurgicaux :

5. Antécédents familiaux :

6. Toxiques (tabac, alcool, drogue) :

7. Allergies (médicamenteuses, alimentaires) :

8. État psychique :

9. Situation sociale actuelle, Vit : Seul En couple Autre, préciser :
 Tuteur Curateur

10. Traitement actuel (joindre ordonnance) :

11. Soins spécifiques :

Cachet et signature du médecin

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

Hospitalisations antérieures Non Oui
Date : _____
Date : _____
Date : _____

Date : _____
Accord : **Refus :**
Motif(s) de refus :

Nom et signature du Médecin :

Je soussigné(e)

Docteur

Certifie que l'état de santé de Mme, M.

.....

Nécessite une rééducation nutritionnelle en hospitalisation de jour.

Fait à, le

Signature et cachet du médecin





Certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport



Date

d'application : 09/11/2022

DP-IMP-111

Version : 001

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mr

Né(é) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du sport.

Observations :

.....
.....
.....
.....
.....

Fait à,

le

Signature et cachet du médecin

Médecin généraliste (si différent du médecin ayant prescrit le séjour) :

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin endocrinologue et/ou diabétologue :

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin cardiologue :

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Médecin psychiatre :

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

Autre : (préciser)

NOM / PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

NOM :
Prénom :
Date :
Date de naissance :
Signature :

VOS MOTIVATIONS / ATTENTES

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 ?

CERTIFICAT MEDICAL
Aptitudes psychologiques

(à faire remplir par votre médecin psychiatre ou médecin traitant)

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie que l'état de santé actuel de

Mme, M.

Né(é) le :

est compatible avec une hospitalisation de jour en SSR nutritionnel (activités de groupe et suivi individuel).

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

