



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Centre de Régimes VALICELLI

Ce dossier est à renvoyer, dûment complété à Valicelli par :
Fax : 04-95-27-88-98
Ou courrier : Valicelli-service médical-20117 OCANA

IDENTITE DU PATIENT (à remplir par le patient)

Nom et Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Sexe : H F

Adresse du patient :

.....

Code postal : Ville : Mail :

Téléphone du patient : Portable du patient :

Activité professionnelle :

N° de sécurité sociale :

Votre Caisse d'Assurance Maladie (nom et adresse)

Votre Mutuelle (nom et adresse) :

Infos pour votre mutuelle : Code Finess : 200122554 ou 2A0022554

DMT : 119 Discipline : SSR

Nom et adresse du médecin traitant :

Nom et adresse du médecin prescripteur :

Avez- vous déjà été admis dans un centre de diététique : oui non

Dates :

Nom du centre, si autre que Valicelli :

Date souhaitée d'admission (approximative) :

Chambre Particulière : oui non

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et téléphone):

Tutelle / Curatelle : oui non

Nom, prénom, n° téléph. du Tuteur/Curateur :

N.B. les réponses aux questions sont facultatives ; leur absence peut retarder l'examen du dossier.

Conformément à la loi 78-17 du 06 Janvier 1978 la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de VALICELLI.

Date et Signature :

EXTRAITS DU REGLEMENT INTERIEUR

A retourner impérativement dument complété et signé, pour étude du dossier.

Je, soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de VALICELLI.

Je m'engage à en respecter toutes les dispositions et en particulier :

✗ **à me conformer aux prescriptions médicales et diététiques de l'établissement.**

Ex : consultations médicales, des infirmiers, de la diététicienne (en respectant la date et les horaires des rendez-vous)..

✗ **à respecter les engagements suivants :**

Pas de bruit de 22 heures à 7h30 (TV, radio, douches, volets...)

Ne détenir ou consommer **aucune boisson alcoolisée** dans les chambres

Ne détenir ou consommer **aucune nourriture ou boisson sucrée** dans les chambres

Ne conserver **aucun médicament** dans les chambres (sauf accord médical)

Il est **interdit de fumer** dans tout l'Etablissement (en particulier dans les chambres, y compris les terrasses privatives).

Il est interdit d'utiliser le téléphone portable dans le secteur médical (infirmerie, salle d'attente, bureau des médecins, bureau de la psychologue et des diététiciennes).

Les sorties sont autorisées (sauf consultation médicale ou activité programmée) :

De 9 heures à 11h30

De 15 heures à 18h30.

Vous ne devez pas sortir des limites de l'établissement sans autorisation préalable (voir le plan affiché avec le règlement intérieur).

Vous devez avoir une tenue correcte au sein de l'établissement

Dans le restaurant, par mesure d'hygiène et d'organisation :

ne pas se déplacer sans raison

ne pas utiliser votre téléphone portable

ne pas détenir ou consommer au cours des repas servis dans l'établissement des condiments autres que ceux qui sont mis à votre disposition (sel, poivre, moutarde et vinaigre).







ne porter aucun couvre-chef sur la tête.

OCANA le.....

(lu et approuvé, signature)

*Nous vous remercions de bien vouloir cocher
5 produits maximum, que vous ne mangez pas.*

PRE-QUESTIONNAIRE diététique

<u>EPICES</u> 	Poivre			Pêches	
	Piment			Poires	
	Vanille			Ananas	
	Clous de girofle			Fraises	
	Curry			Kiwis	
	Cumin			Pruneaux	
	Gingembre			Prunes	
	Autres.....			Autres fruits	
<u>LEGUMINEUSES et FECULENTS</u> 	Haricots secs		<u>LEGUMES</u> 	Brocolis	
	Fèves sèches			Betteraves	
	Pois secs			Carottes	
	Pois chiches			Navets	
	Lentilles			Salsifis	
	Pâtes			Oignons	
	Blé			Fenouil	
	Flageolets			Artichauts	
	Pois cassés			Tomates crues/cuites	
	Maïs			Asperges	
	Boulgour			Choux	
	Quinoa			Choux-fleur	
	Riz			Choux frisés	
	Pomme de terre			Laitues	
<u>VIANDES, POISSONS</u> 	Viande de boeuf		Endives		
	Viande de porc		Céleris		
	Viande de volaille		Epinards / Blettes		
	Viande d'agneau		Haricots verts		
	Poissons		Courgettes		
	Crustacés		Ail cru/cuit		
	Oeufs		Concombres		
			Champignons		
<u>FRUITS</u> 	Bananes		Aubergines		
	Oranges		Courges		
	Citrons		Petits pois		
	Pamplemousses		Potiron		
	Mandarines		Radis		
	Clémentines		Poivron		
	Abricots		Patate douce		
	Avocats		Choux de bruxelles		
	Cerises		Cœurs de palmier		
	Figues		Soja		
	Raisins				

DOSSIER MEDICAL

A remplir par le médecin prescripteur et à retourner sous pli confidentiel à Valicelli (service médical)

Nom et Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : Sexe : H F

Le dossier médical justifie-t-il une prise en charge urgente : oui non

Le patient est-il en ALD : oui non

Si oui pour quelle(s) pathologie(s) :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL / ANTECEDENTS :

TRAITEMENT EN COURS : oui non (si oui, joindre une ordonnance dactylographiée)

Allergies connues :

Transfusion sanguine oui non

si oui : date, lieu et circonstances :

Le patient gère seul son traitement au domicile : oui non

Le traitement du patient est géré par un tiers au domicile oui non

MOTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

Diabète

- Type 1

- Type 2

- Traitement insulinique

- Traitement comprimés

Obésité

Poids.....

Taille.....

IMC

Pathologie digestive : oui non Laquelle :.....

Autres pathologies (précisions) :.....

Pathologies associées ou complications du Diabète Sucré

HTA

Dyslipidémie

Maladie cardio-vasculaire

Néphropathie

Rétinopathie

Neuropathie

Pied DS

Lésions cutanées

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE :

Régime hypocalorique

Régime hypercalorique

Education Diabète

Connaissance de la maladie

Traitement et contrôle

BILAN PSYCHOLOGIQUE :Aucun trouble psychologique Troubles psychologiques **Dépendances**OUI NON

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles dépressifsOUI NON

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité
Dépression réactionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Tr. psychiatriquesOUI NON

(Psychose maniaco-dépressive, schizophrénie...)

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser :

Autres :OUI NON - votre patient a-t-il déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ? oui non- votre patient est-t-il disposé à rencontrer la psychologue de l'Etablissement oui non**BILAN Diététique :****Dysfonctionnement digestif**

- GASTRIQUE :

- COLIQUE :

- INTOLERANCE ALIMENTAIRE :

- TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE : oui non **NATURE DU REGIME A SUIVRE**- Régime prescrit par le médecin du patient (si oui détailler) oui non - Régime laissé à l'appréciation du médecin nutritionniste du Centre oui non

Suggestions*

*Les médecins du Centre tiennent le plus grand compte des suggestions exprimées par le médecin traitant

Le médecin soussigné certifie que l'état du malade répond aux conditions d'admission*** dans le Centre de régimes
« VALICELLI »

Date, Signature et Cachet du Médecin

***contre-indications à l'admission :

1 - Maladies aiguës et contagieuses

2 - Troubles psychiques non équilibrés. Troubles confusionnels.

3 - Maladies ou infirmités rendant impossibles les actes quotidiens indispensables.