



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Centre VALICELLI – Diabète & Nutrition

Ce dossier est à renvoyer, dûment complété à Valicelli par :

e-mail : administratif@valicelli.fr Fax : 04-95-27-03-12

ou courrier : Valicelli-service médical-20117 OCANA



DOSSIER ADMINISTRATIF (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 vos démarches auprès de la mutuelle: Code Finess: 200122554 ou 2A0022554
DMT: 119 Discipline: SSR**

Le patient est responsable de ses démarches administratives en lien avec sa mutuelle (Chambre particulière à 40€, frais de séjour hospitalier, forfait journalier). En cas de besoin, notre secrétariat peut vous aider dans votre demande **sans engager la responsabilité du Centre Valicelli.**

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 :

Date et Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont classées dans le dossier patient par le service administratif pour la gestion des patients. La base légale du traitement est l'intérêt légitime.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service médical et administratif.

Les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la fin du séjour le plus récent.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le cas échéant, notre délégué à la protection des données par e-mail : m2.casanova@valicelli.fr ou par téléphone : 04 95 27 88 10

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



LES PROFESSIONNELS QUI VOUS ACCOMPAGNENT

VOTRE MEDECIN TRAITANT

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

- Généraliste
- Spécialiste
- Aucun

Nom du médecin :

Adresse :

.....

Code postale :

Ville :

Tèl :

Mail :

VOTRE MEDECIN ADRESSEUR

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

Est-il votre médecin référent (auprès de la Sécurité Sociale) ?

- Oui Non

Nom du médecin :

Adresse :

.....

Code postale :

Ville :

Tèl :

Mail :

PHARMACIE DE REFERENCE

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

Nom de la pharmacie :

Nom du Pharmacien :

Adresse :

.....

Code postale :

Ville :

Tèl :

Mail :

Infirmier à domicile

Cardiologue, endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de patients

Nom:

Adresse :

.....

Tèl :

Mail :

Soins réalisés :

.....

.....

AUTRE PROFESSIONNEL 1

Cardiologue, endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de patients

Spécialité :

Nom:

Adresse :

.....

Code postale :

Ville :

Tèl :

Mail :

AUTRE PROFESSIONNEL 2

Cardiologue, endocrinologue, Psychiatre, Diététicien, Psychologue, Kinésithérapeute, Association de patients

Spécialité :

Nom:

Adresse :

.....

Code postale :

Ville :

Tèl :

Mail :



EXTRAITS DU REGLEMENT INTERIEUR

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

Je, soussigné(e).....

Déclare avoir pris connaissance à mon arrivée du règlement intérieur de VALICELLI, affiché à l'entrée de l'établissement.

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 l'intimité (corporelle, vie privée...) et la tranquillité des patient(e)s hospitalisé(e)s dans tous les lieux de vie (notamment, lors des activités générant de la promiscuité physique).

✗ à respecter les engagements suivants :

- ✗ Pas de bruit de 22heures à 7h30 (TV, radio, douches, volets, chaussure à talon...)
- ✗ Ne détenir ou consommer **aucune boisson alcoolisée et produit illicite** 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 balcons).

Les sorties sont autorisées (sauf consultation médicale, activité programmée ou situation sanitaire exceptionnelle) :
De 9 heures à 11h30 et de 15 heures à 18h30.

Vous ne devez pas sortir des limites de l'établissement sans autorisation (voir le plan affiché)

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.

Port du masque chirurgical obligatoire au sein du Centre et respect des gestes barrières en situation de crise sanitaire.

Vous êtes responsable de vos démarches administratives en lien avec votre mutuelle (Chambre particulière, frais de séjour hospitalier, forfait journalier). En cas de besoin, notre secrétariat peut vous aider dans votre demande **sans engager la responsabilité du Centre Valicelli.**

Le Centre Valicelli est sous vidéosurveillance, les images sont conservées pendant un mois. Pour exercer vos droits d'accès aux images, vous pouvez envoyer un mail à : m2.casanova@valicelli.fr

OCANA le.....
(lu et approuvé, signature)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont classées dans le dossier patient par le service administratif pour la gestion des patients. La base légale du traitement est l'intérêt légitime.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service médical et administratif.

Les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la fin du séjour le plus récent.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le cas échéant, notre délégué à la protection des données par e-mail : m2.casanova@valicelli.fr ou par téléphone : 04 95 27 88 10

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



DROIT D'IMAGE

Je soussigné(e),

agissant en tant que patient au sein du Centre Valicelli,

autorise

n'autorise pas

Le Centre Valicelli à utiliser mon image dans le cadre d'une utilisation, ayant pour sujet la présentation de la Clinique et de ses activités, sur les médias et réseaux sociaux.

Les photographies sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Publication dans une revue, ouvrage ou journal
- Publication pour une publicité
- Présentation au public lors d'une exposition
- Diffusion sur le site web
- Page Facebook intitulée « Centre Valicelli, diabète et nutrition »

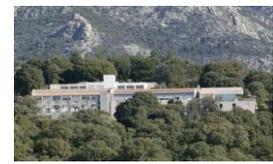
Toute photographie jugée insatisfaisante peut être retirée immédiatement selon les souhaits du patient.

J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

Fait à, Le.....

Signature

(précédée de la mention « lu et approuvé »)



DOSSIER MEDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Taille : Poids : IMC :

Adresse :

.....

Téléphone(s) :

MOTIF DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

- Prise en charge pondérale
- Equilibre glycémique
- Rééducation nutritionnelle
- Prise en charge des troubles du comportement alimentaire
- Education thérapeutique du patient :
 - Obésité
 - Diabète
 - Chirurgie de l'obésité
- Remise en mouvement

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Motif :
- Diabète : Type 1 type 2
- Obésité
- Hypertension artérielle
- Dyslipidémies
- Chirurgie bariatrique :
 - AGA Sleeve Bypass Année :
- Allergies :
-

EVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITE

AUTONOMIE – POSSIBILITE PHYSIQUE

ELEMENTS	EVALUATIONS			REMARQUES, PRECISIONS
Toilette / habillage	<input type="radio"/> Sans aide	<input type="radio"/> Aide Partielle	<input type="radio"/> Aide totale	
Déplacement	<input type="radio"/> Sans aide	<input type="radio"/> Aide Partielle	<input type="radio"/> Aide totale	
Alimentation	<input type="radio"/> Sans aide	<input type="radio"/> Aide Partielle	<input type="radio"/> Aide totale	
Incontinence urinaire	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Partielle	<input type="radio"/> Complète	
Incontinence anale	<input type="radio"/> Aucune	<input type="radio"/> Partielle	<input type="radio"/> Complète	
Etat cutané	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Plaies		
Incapacités physiques (limitant la mobilisation physique active)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		Si oui, précisez :
Evaluation de la douleur	EVA = /10	Siège :		
Appareillage Prothèse / Orthèse	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		Si oui, précisez :



EVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITE (suite)

RELATION - COMMUNICATION

ELEMENTS	EVALUATIONS			REMARQUES, PRECISIONS
Vision	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Appareillé	<input type="radio"/> Cécité	
Audition	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Déficit	<input type="radio"/> Surdité	
Expression	<input type="radio"/> Satisfaisante	<input type="radio"/> Partielle	<input type="radio"/> Difficultés	
Compréhension	<input type="radio"/> Satisfaisante	<input type="radio"/> Partielle	<input type="radio"/> Difficultés	
Comportement	<input type="radio"/> Calme	<input type="radio"/> Angoissé	<input type="radio"/> Agité	

ETAT PSYCHOLOGIQUE – ADAPTABILITE

La prise en charge au Centre ne permet pas la surveillance rapprochée d'un patient en grande fragilité ou instable

ELEMENTS	EVALUATIONS		REMARQUES, PRECISIONS
Troubles cognitifs	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles psychiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement alimentaire	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :
Addiction	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES

Je soussigné(e), certifie avoir examiné M./Mme n (e) le/...../..... Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée lors du séjour au Centre Valicelli (marche, marche nordique, aquagym, gymnastique douce, renforcement musculaire)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

(Eléments concernant votre patient que vous souhaitez porter à notre connaissance)

.....

.....

.....

Pièce à fournir :

- ✗ **Ordonnance en cours**
- ✗ **Bilan biologique < 3 mois**

Avec : NFS ; Glycémie ; HbA1c (si diabète connu) ; EAL, Transaminases ; créatinine + IonoAg ; TSHus
Si + de 75 ans : Albumine + CRP

Dans le cadre d'un séjour pré ou post chirurgie bariatrique,
Merci de nous fournir en plus des éléments ci-dessus :

- ✗ CR de la 1 re consultation du chirurgien et CR opératoire
- ✗ CR de la RCP ; CR du service diététique
- ✗ Protocole post opératoire défini par le chirurgien

Date :

Signature et cachet du médecin

Mail professionnel :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont classées dans le dossier médical du patient par le service médical pour la gestion des patients. La base légale du traitement est l'intérêt légitime. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service médical.

Les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la fin du séjour le plus récent.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le cas échéant, notre délégué à la protection des données par e-mail : m2.casanova@valicelli.fr ou par téléphone : 04 95 27 88 10

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.