



DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Centre de Régimes VALICELLI

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



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 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, 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.**

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 :

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.



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 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).

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) et **dans le restaurant.**

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 (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.

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.**

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.



PRE-QUESTIONNAIRE diététique

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

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



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 **Obésité**

- Type 1
- Type 2
- Traitement insuliniq.
- Traitement comprimés

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



Activités physiques*:

- Est apte à la pratique de la gymnastique aquatique oui non
 - Est apte à la pratique de la mobilisation corporelle** oui non
 - Peut suivre un parcours de santé oui non
 - Peut participer à des randonnées accompagnées oui non
- (dans la journée : dix kilomètres environ sur des routes forestières)

* votre avis aura valeur de certificat médical d'aptitude

**avec utilisation d'appareils

Evaluation de la dépendance (selon la grille AGGIR) : Cocher la case correspondant à **l'état actuel** du patient

Activités que le patient assure seul	OUI	NON
Cohérence		
Orientation		
Toilette		
Habillage		
Alimentation		
Elimination urinaire		
Transferts		
Déplacements intérieurs		
Déplacements extérieurs		

Appareil (apnées du sommeil) oui non

Oxygénothérapie oui non

Si oui : Débit : Durée/24heures :

Organisme mettant à disposition le matériel pour l'oxygène :

Evaluation sociale et projet Social :

Situation sociale antérieure, vivait : Seul En couple Tuteur Curateur

Autre, à préciser :

Souhaits du patient en vue de sa sortie de notre établissement : Retour à domicile HAD EHPAD SSIAD

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

Aucun trouble psychologique Troubles psychologiques

Dépendances OUI NON

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité
Tabagisme			
Alcoolisme			
Drogue			

Troubles dépressifs OUI NON

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité
Dépression réactionnelle			
Dépression chronique			

Commentaires :

Tr. psychiatriques OUI NON

(Psychose maniaco-dépressive, schizophrénie...)

Précisé :

	traités avec succès	en cours de traitement	non traité

Autres : OUI NON Précisé :

- 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 oui non
(si oui détailler)

.....
.....

- 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

Afin de pouvoir vous contacter :

- Adresse mail :
- Fax :

***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.

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.