



Merci de transmettre ce dossier complété par l'un des moyens sécurisés ci-dessous :

- En ligne via BlueFiles : <https://valicelli.fr/Preadmission.htm>
ou en scannant le QR code ci-contre
- Par 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: 516 Discipline: SMR**

Le patient est responsable de ses démarches administratives en lien avec sa mutuelle (Chambre particulière à partir de 50€, 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 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 :

Centre VALICELLI – Diabète & Nutrition

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Conformément aux dispositions légales, toute personne majeure peut désigner une **personne de confiance**. Cette personne peut être consultée si le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté et peut l'accompagner dans ses démarches.

1. Informations concernant le patient

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	

2. Désignation de la personne de confiance

Nom :	
Prénom :	
Lien avec le patient :	
Téléphone :	
Email :	

Je déclare désigner la personne mentionnée ci-dessus comme **personne de confiance**. Cette désignation est valable pour la durée de ma prise en charge, sauf révocation écrite de ma part.

Date :	
Signature du patient :	
Signature de la personne de confiance :	

Ce document peut être complété dans le cadre de la préadmission. La signature de la personne de confiance peut être recueillie ultérieurement, y compris par échange électronique, avec l'aide du secrétariat.



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 : m.casanova@valicelli.fr

Information relative à Mon espace santé (DMP)

Dans le cadre de votre prise en charge à la Clinique Valicelli, les professionnels de santé participant à vos soins peuvent être amenés à consulter et/ou alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP), intégré à Mon espace santé.

Cet accès a pour finalité d'assurer la qualité, la sécurité, la continuité et la coordination de vos soins.

Les accès sont réservés aux professionnels habilités participant à votre prise en charge et font l'objet d'une traçabilité conformément à la réglementation en vigueur.

Vous pouvez obtenir toute information complémentaire concernant Mon espace santé auprès de l'établissement ou sur le site officiel www.monespacesante.fr.

OCANA le.....

(lu et approuvé, signature)

☎ 04 95 27 88 10 ✉ contact@valicelli.fr



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
- Troubles du comportement alimentaire
- Education thérapeutique du patient :
 - Obésité
 - Diabète
 - Chirurgie de l'obésité
- Remise en mouvement
- Programme accompagnement femme enceinte

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 e 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 contact s, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)



Numéro d'immatriculation:

Nom:

Prénom:

Adresse:

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE :

ACTIVITÉ SALARIÉE

ACTIVITÉ NON SALARIÉE

PENSIONNÉ(E)

SANS EMPLOI Date de cessation d'activité

AUTRE CAS Lequel:

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN TRAITANT CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL

Je prescris le séjour de Mme, M,

Dans l'établissement Clinique Valicelli Diabète et Nutrition, pour une durée de jours.

Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical):

Fait le

Signature et cachet du médecin

à

Tenues de sport à prévoir

Aquagym

- Maillot de bain décent (Short court pour les hommes)
- Bonnet de bain **obligatoire** hommes et femmes (vendu sur place)
- Une paire de chaussons de piscine **obligatoire pour les diabétiques et conseillés pour les autres**
- Peignoir de bain
- Claquettes
- Serviettes de toilettes (2 grandes – 2 petites)
- Tapis de bain (facultatif)



Randonnées

- Sac à dos
- Chaussures de marche (semelles avec grosses sculptures)
- Casquette
- Vêtement de pluie type K-way (vendu sur place)
- Bouteille isotherme

Gymnastique, parcours de santé et yoga :

- Baskets
- Tenue de sport (type jogging)

Si vous possédez des bâtons de marche, pensez à les apporter.

Le Centre Valicelli dispose d'une laverie, ainsi vous pourrez laver et sécher votre linge à moindre coût.

Important :

Les « activités physiques » organisées par VALICELLI (parcours de santé – mobilisation corporelle – aquagym et randonnées) ne sont pas des loisirs. Elles vous sont prescrites dans le cadre de votre **prise en charge globale**.

Au cours de la visite d'entrée médicale, le médecin de l'établissement précisera votre **aptitude physique** pour telle ou telle activité.

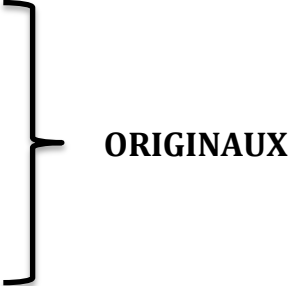
Ces activités doivent être interrompues à votre demande ou sur avis du service médical si votre état de santé évolue dans le sens d'une **inaptitude**. Il convient d'en tenir informé le service médical de l'établissement et la personne responsable de l'activité.

Les randonnées sont interrompues pendant la période estivale (risque d'incendie), elles sont remplacées par une sortie à la plage avec une séance d'aquagym. Vous devez veiller au strict respect des **tenues vestimentaires recommandées** sur ce planning.

Admissions à prévoir

Lors de votre arrivée : Se garer devant le bureau des admissions et ne sortir aucune affaire de la voiture.

Vous munir des documents suivants :

- Carte d'identité
 - Carte vitale
 - **Attestation vitale de l'année en cours**
 - Carte mutuelle
 - Ordonnance de votre traitement
 - **Ne porter que 3 jours (maximum) de votre traitement médical**
 - Numéro d'immatriculation de votre véhicule
 - Dernières analyses
 - Chéquier (pour chèque de garantie)
- 
- ORIGINAUX**

Services payants proposés par le centre :

- Location TV
- Location casque audio
- Location kit serviettes : 2 grandes ; 2 petites ; 1 tapis de bain
- Laverie automatique avec sèche-linge
- Distributeur automatique de boisson. Faites-vous de la monnaie, il n'y a pas de monnaie au Centre Valicelli.
- Thermos de café

Les distributeurs de boissons prennent également en charge le paiement CB sans contact ainsi que les applications de paiement mobile.

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.**