

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Nutrition Obésité

Prise en charge du surpoids
et de l'obésité chez l'adulte

DE VOUS A NOUS

RECUEIL DE DONNEES

Clermont-Ferrand



SSR Nutrition Obésité



• **Qui doit remplir ce dossier de préadmission ?**

Le présent dossier de préadmission est à remplir par l'adulte pour lequel l'hospitalisation est souhaitée.

Votre médecin traitant peut également vous accompagner dans cette démarche.

Pour toutes informations ou demande d'aide, n'hésitez pas à contacter le secrétariat de l'établissement.

• **Quels documents joindre à ce dossier de préadmission ?**

Afin que nous puissions examiner votre dossier, il est impératif que vous nous transmettiez également les éléments suivants :

LISTE DES DOCUMENTS OU PIÈCES À FOURNIR	COMMENTAIRES
Ordonnances médicales en cours	
Courriers médicaux récents	
Comptes rendus de consultations et d'hospitalisations	
Bilan sanguin récent (moins de 3 mois)	
Copie d'une pièce officielle d'identité (recto/verso) (carte d'identité, carte de séjour, passeport ou livret de circulation)	
Copie de l'attestation d'ouverture de droits à la sécurité sociale à jour	
Si hors CPAM 63 : Accord d'entente préalable de prise en charge par la sécurité sociale	
Copie de la carte mutuelle ou CMU (recto/verso)	
Copie de jugement en cas de mesure de protection juridique (tutelle-curatelle)	

• *A qui transmettre ce dossier de préadmission ?*

Une fois renseigné, le dossier doit être retourné à l'établissement, **par mail ou par courrier**, accompagné de tous les documents demandés.

SSR Nutrition Obésité
Plateau Adulte

13 Rue Molière
63 000 CLERMONT-FERRAND

☎ 04 73 14 16 10
ssrno@ugecam.assurance-maladie.fr

• *Qu'advient-il de ce dossier de préadmission ?*

Il sera lu et discuté en réunion médico-infirmière, suite à laquelle le secrétariat vous contactera afin de vous proposer une première rencontre.

SSR NUTRITION-OBESITE

• LE PATIENT

Nom de naissance : Nom usuel :
Prénom :
Né(e) le : Lieu :
Adresse :
.....
Code postal : Ville :
Tel domicile : Tel portable :
Adresse mail : @
Profession : Tel professionnel :

• LA SECURITE SOCIALE

Assuré :

.....
N° de Sécurité Sociale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

Caisse de Sécurité Sociale (adresse) :

.....

Mutuelle ou assurance complémentaire (nom, adresse complète et n° de téléphone) :

.....
.....

Nom de l'adhérent : **N° d'adhérent :**

Etes-vous **dans l'un des cas suivants** :

- Une affection de longue durée** (ALD, affection prise en charge à 100% par la sécurité sociale) et nous fournir une copie du volet patient
- Une invalidité** (nous fournir l'attestation de droits à la sécurité sociale détaillée*)
- Un arrêt de travail**
- Un accident de travail**
- Une maladie professionnelle**

**A demander directement auprès de votre caisse de Sécurité Sociale ou disponible sur votre espace www.Ameli.fr (en cochant la case « Exonération du ticket modérateur » afin d'afficher l'attestation de droits détaillée)*

A, le
Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

• SITUATION DU PATIENT

- Personnelle

- | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Pacsés | <input type="checkbox"/> Mariés |
| <input type="checkbox"/> Séparés | <input type="checkbox"/> Divorcés | <input type="checkbox"/> Veuf |
| <input type="checkbox"/> Autre, précisez | | |

- Professionnelle

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> En activité professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Retraité(e) | <input type="checkbox"/> Au chômage |

• TUTEUR, CURATEUR, SI MESURE DE PROTECTION

	N°1	N°2
Nom – Prénom		
Adresse		
Tél. Domicile Tél. Portable		
Mail		

• INTERVENANTS MEDICO-SOCIO-EDUCATIF

Etes-vous pris en charge par des services sociaux ou médico-sociaux ? Ou l'avez-vous été ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

Y a-t-il une mesure de protection vous concernant actuellement ou par le passé ?

- Oui Non

Si oui, précisez :

A, le
Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
A remplir avec l'aide du médecin traitant

Identité du patient :
Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :

• RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :
Fonction / Spécialité :
Etablissement / Adresse :
Téléphone : Mail :
Date : Cachet et signature :

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADMISSION DEMANDEE

Résumé de situation motivant la demande de séjour :
.....
.....
.....
.....

Objectifs du séjour :
Stabilisation et/ou Perte de poids :
Bilan de santé et des comorbidités liées à l'obésité :
Régulation du comportement alimentaire :
Chirurgie de l'obésité :
Autre :

• RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA CORRESPONDANCE

La liaison souhaitée à la sortie :

Les médecins correspondants :
.....

Identité du patient :
Nom : Prénom :
Date de naissance : Sexe :

• DIAGNOSTIC

Diagnostic d'obésité : Primaire Secondaire

Ce diagnostic a été confirmé par : Bilans endocriniens Tests génétiques

Quelle(s) anomalie(s) ?
.....
.....

• ANTECEDENTS MEDICAUX

Allergies médicamenteuse ? Oui Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?
.....

Allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?
.....

Si oui, comment s'est-elle manifestée ?

- Réaction cutanée Oui Non Ne sais pas
- Œdème de Quincke Oui Non Ne sais pas
- Choc anaphylactique Oui Non Ne sais pas

Avez-vous été hospitalisé(e) dans ce contexte ? Oui Non Ne sais pas

Si oui, merci de préciser la date :

A quand remonte la dernière réaction allergique ?

Autre manifestations liées à l'ingestion d'aliments ?

Avez-vous une maladie cœliaque ? Oui Non

Avez-vous une intolérance alimentaire médicalement avérée ? Oui Non

Si oui, laquelle ?
.....
.....

La personne fume-t-elle habituellement ? Oui Non

Hospitalisation(s) récente(s)

.....
.....

Identité du patient :

Nom : **Prénom :**
Date de naissance : **Sexe :**

• **ETAT PHYSIQUE**

Poids actuel :Kg

Taille actuelle : Cm

IMC :

	Oui	Non
Problème thyroïdien		
Diabète		
Hypertension artérielle		
Essoufflement au repos		
Essoufflement à l'effort		
Apnée du sommeil		
Appareil respiratoire de nuit		
Arthrose ou maladie articulaire		
Maladie hépatique : stéatose connue, autre		
Appareillage ou installation spécifique		
Autres antécédents :		

Identité du patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

• PRISE EN CHARGE EN COURS

MEDICALE :

Avez-vous actuellement un traitement ? Oui Non

Si oui, veuillez apporter vos ordonnances en cours à chaque consultation médicale ou infirmière

Bénéficiez-vous d'une aide à la prise médicamenteuse ? Oui Non

Si oui, laquelle (infirmière à domicile, assistante de vie, pilulier, famille...) ?

Vous sentez-vous dans le besoin d'être accompagné pour la prise de vos médicaments ? Oui Non

Commentaires :

.....

.....



En dehors des situations d'urgences et/ou particulières évaluées par un médecin, l'établissement ne délivre pas de médicaments au cours de vos venues au SSR Nutrition Obésité.

Veuillez alors apporter vos traitements habituels DANS LEURS BOITES si vos venues correspondent à l'heure de prise de ces derniers.

Modifications de traitement :

- Afin de sécuriser vos prises médicamenteuses, il est essentiel qu'au cours de votre prise en charge au sein du SSR Nutrition Obésité, vous informiez les professionnels de santé de toutes éventuelles modifications de traitement.
- A ce titre, votre médecin traitant sera également régulièrement contacté par l'établissement pour lui demander si des modifications de votre traitement ont été opérées.

NUTRITIONNELLE :

Bénéficiez-vous actuellement d'un accompagnement pour votre poids ? Oui Non

Si oui, auprès de quel(s) professionnel(s) ?

Si oui, auprès de quel établissement de santé ?

Commentaires :

.....

.....

A, le

Signature :

Je soussigné(e) Docteurcertifie que l'état de santé
du patient :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

N° d'immatriculation :

Nécessite une prise en charge en SSR **Nutrition-Obésité** situé au

13 Rue Molière
63000 CLERMONT FERRAND

pour une **obésité** de grade 1 à 3 et/ou multi compliquée de l'adulte.

A, le

Tampon et signature médecin :

Afin de vous prendre en charge dans les meilleures conditions, nous vous remercions de nous apporter un **bilan biologique complet** (prise de sang) datant **de moins de 3 mois** lors de votre première venue (Hôpital de jour d'orientation), avec :

- **NFS plaquettes**
- **Clairance de la créatinine**
- **Natrémie et kaliémie**
- **Calcémie, et calcémie corrigée**
- **Albumine préalbumine**
- **ASAT ALAT GGT PAL**
- **CRPus**
- **Ferritinémie, Coefficient de saturation de la transferrine**
- **Glycémie à jeun, HbA1C, test de HOMA (avec glycémie à jeun et insulinémie à jeun)**
- **CT LDL HDL TG**
- **TSHus**
- **25 OH vitamine D (HN)**

Merci d'en discuter avec votre médecin traitant pour la prescription de ce bilan complet et/ou des éléments manquants à votre dernier bilan.

En cas d'impossibilité, ce bilan vous sera prescrit par les médecins du SSR à l'issue de votre première venue.

SSR NUTRITION-OBESITE

Madame, Monsieur,

①

Au début de votre prise en charge, nous vous proposons de vous photographier afin d'**intégrer cette photographie à votre dossier médical informatisé.**

Cette procédure s'intègre à l'identito-vigilance qui est le système de surveillance et de **prévention des risques d'erreurs liés à l'identification du patient.**



②

Nous vous informons également que des photographies pourraient également avoir lieu **lors d'événements au sein de notre établissement.**

Exemple : Journalistes écrivant un article sur le plateau sport en votre présence.

Ces photographies s'intègrent dans le **droit à l'image.**

Le droit à l'image permet à une personne, célèbre ou non, de **s'opposer à la diffusion**, sans son autorisation expresse, **de son image**, en ce qu'elle est un attribut de sa personnalité.



Exemplaire à conserver

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① Je suis d'accord pour que ma photographie soit dans le dossier médical informatisé : Oui Non

② Je suis d'accord pour être pris en photographie et que mon image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) : Oui Non

Le/...../....., à Clermont-Ferrand

Signature du patient ou de son représentant légal :

Exemplaire à remettre au SSR Nutrition Obésité

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

atteste avoir reçu(e) les informations ci-dessus.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

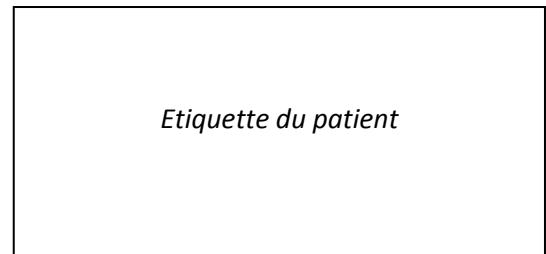
J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et ai obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

① Je suis d'accord pour que ma photographie soit dans le dossier médical informatisé : Oui Non

② Je suis d'accord pour être pris en photographie et que mon image puisse éventuellement être diffusée dans l'espace public (journaux, internet..) : Oui Non

Le/...../....., à Clermont-Ferrand

Signature du patient ou de son représentant légal :



Désigner sa personne de confiance ?

SSR NUTRITION-OBESITE

Madame, Monsieur,

En débutant votre prise en charge en Soins de Suite et de Réadaptation, il va vous être demandé de vous interroger sur le **choix d'une personne de confiance**.

Voici quelques informations pour la désigner en toute connaissance de cause.

POURQUOI DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Votre personne de confiance est une personne que vous pouvez choisir pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux.

Elle peut aussi vous aider à prendre des décisions.

Elle pourra en cas de besoin exprimer votre volonté aux équipes qui vous prennent en charge. Pour cela, parlez-en avec elle avant votre séjour et décrivez-lui vos souhaits.

QUAND DOIS-JE DÉSIGNER MA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous pouvez **désigner votre personne de confiance à tout moment**, lors de votre admission, avant ou au cours de votre hospitalisation. La désignation de votre personne de confiance n'est valable que pour la durée de l'hospitalisation. **Vous pouvez changer d'avis à tout moment** et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre.

QUI PEUT ÊTRE MA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous choisissez librement votre personne de confiance parmi votre famille ou vos proches. Vous pouvez également désigner votre médecin traitant.

ASSUREZ-VOUS QUE VOTRE PERSONNE DE CONFIANCE SOIT D'ACCORD AVANT DE LA DÉSIGNER.

SUIS-JE OBLIGÉ(E) DE DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

NON ! Ce n'est pas une obligation.

MA PERSONNE DE CONFIANCE PEUT-ELLE DÉCIDER À MA PLACE ?

NON !

La personne de confiance **ne décide pas à votre place, mais elle donne son avis**. C'est son avis qui aidera le médecin à prendre la décision médicale adaptée. La personne de confiance est consultée si votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis. Le médecin la consultera en priorité. Pour cela, il est important que vous indiquiez vos souhaits à votre personne de confiance.

LA « PERSONNE À PRÉVENIR » EST-ELLE DIFFÉRENTE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

OUI !

La « **personne à prévenir** » sera contactée par le SSR par exemple, en cas de nécessité. Par contre, elle ne sera pas consultée pour donner un avis lors d'une prise de décision en lien avec votre santé. Par ailleurs, si vous le souhaitez, vous pouvez désigner la même personne comme « **personne de confiance** » et « **personne à prévenir** ».

COMMENT PUIS-JE DÉSIGNER MA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Vous désignez votre personne de confiance en renseignant le formulaire ci-joint.

**FORMULAIRE DE DESIGNATION
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

Etiquette du patient

Je soussigné(e),

Madame Monsieur

Nom de naissance : , Nom usuel :

Prénom :

Né(e) le : , à :

Domicilié(e) à :

Déclare avoir reçu les informations relatives à la personne de confiance Oui Non

Souhaite désigner une personne de confiance Oui Non

Désigne
La personne nommée en tant que « personne à prévenir en cas d'urgence » Oui Non

Madame Monsieur

Nom : , Prénom :

Né(e) le : , à :

Domicilié(e) à :

Téléphone :

Email : @

Lien avec la personne (parent, proche, médecin-traitant) :

Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance

Dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions : le médecin ou éventuellement l'équipe qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions.

La personne de confiance désignée :

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me soigne au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans des circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultations préalable.
- Pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté.
- Ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment.

Le :

Signature de la personne de confiance désignée
(attestant avoir reçu les informations) :

Signature du patient :

Personne de confiance non présente

J'atteste que les informations ci-dessus seront exprimées à la personne de confiance désignée dans les plus brefs délais.

SSR NUTRITION-OBESITE

Rédiger ses directives anticipées ?

Madame, Monsieur,

La loi du 22 avril 2005 vous donne la possibilité de **rédiger des directives anticipées** pour le cas où vous seriez un jour dans l'incapacité physique d'exprimer votre volonté.

Voici quelques informations pour prendre votre décision en toute connaissance de cause.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les directives anticipées constituent **l'expression directe de votre volonté**. Vous pouvez ainsi écrire ce que vous souhaitez ou ne souhaitez pas en termes d'explorations ou de traitement, dans l'hypothèse où vous ne pourriez pas l'exprimer vous-même.

QUI PEUT REDIGER SES DIRECTIVES ?

Elles peuvent être rédigées par toute personne majeure.

La personne majeure sous tutelle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il existe.

QUELLE EST LEUR UTILITE ?

L'objet des directives anticipées est de vous permettre de **faire connaître vos souhaits quant à votre fin de vie**.

Lorsque les directives anticipées existent, le médecin et plus largement l'équipe pluri-professionnelle doit en tenir compte.

COMMENT FAIRE ?

Elles doivent prendre la forme d'un document écrit sur papier libre, daté et signé.

Ce document doit comporter :

- nom et prénom,
- date et lieu de naissance.

A défaut de pouvoir les rédiger vous-même, vous pouvez les dicter en présence de deux témoins, dont obligatoirement la personne de confiance si vous l'avez désignée. Ces témoins devront authentifier par leur signature qu'il s'agit bien de votre volonté.

QUELLE EST LEUR DUREE DE VALIDITE ?

Les directives anticipées ont une durée illimitée.

Toutefois, elles peuvent être à tout moment modifiées ou annulées.

COMMENT LES MODIFIER ?

Si vous souhaitez modifier vos directives anticipées, vous pouvez en rédiger de nouvelles et demander à la personne à qui vous les avez confiées de supprimer les précédentes.

Si vous n'êtes plus en mesure de le faire, il est également possible de faire appel à deux témoins.

A QUI LES CONFIER ? OU LES CONSERVER ?

Vous pouvez les confier à votre personne de confiance (si vous l'avez désignée), à un membre de votre famille, à un proche de votre choix, à un médecin de votre choix, à l'équipe soignante...

L'équipe médico-soignante de l'établissement est à votre disposition pour discuter avec vous et répondre à toutes les questions que vous souhaiteriez lui poser à ce sujet.

COMMENT PUIS-JE VOUS FAIRE PART DE MES DIRECTIVES ANTICIPEES ?

Afin de tenir compte de vos directives anticipées, l'établissement doit être informé de leur existence. Pour cela, nous vous remercions de **renseigner le formulaire ci-joint**.

F
I
C
H
E

I
N
F
O

Je soussigné(e)

Madame Monsieur

Nom de naissance :, Nom usuel :

Prénom :,

Né(e) le :, à :

Domicilié(e) à

Déclare avoir reçu les informations relatives aux directives anticipées Oui Non

Affirme :

Avoir rédigé des directives anticipées, et les avoir confiées

A mon médecin

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

A ma personne de confiance

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

A un membre de ma famille

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

A l'équipe soignante du SSR Nutrition Obésité

Autres

Qualité :

Nom :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Ne pas avoir rédigé de directives anticipées

Date :

Signature :