

Clinique SMR de Pégomas

2344, Route de la Fènerie
06580 PEGOMAS

☎ : 04.92.97.32.32

☎ : 04.92.97.32.84

Email : contact@unitededietetique.com

Site internet : www.clinique-smr-de-pegomas.fr



NOTICE D'INFORMATION Dossier de pré-admission

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez effectuer un séjour dans notre établissement et nous vous en remercions.
Cette notice d'information vous est destinée afin de vous aider à constituer votre dossier de pré-admission.

Dossiers à compléter et à nous retourner signés

- ☐ Dossier Administratif de pré-admission (2 pages)
- ☐ Dossier Médical de pré-admission à faire compléter par votre médecin prescripteur. Il est à nous retourner sous pli confidentiel avec le reste de votre dossier.

Pièces justificatives à fournir

- ☐ Copie de votre attestation papier de sécurité sociale en cours de validité

Cette attestation peut vous être fournie par votre Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

- ☐ Copie recto verso de votre carte de complémentaire santé en cours de validité

Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

- ☐ Copie recto verso de votre pièce d'identité en cours de validité
- ☐ Copie de votre ordonnance de traitement en cours/habituel
- ☐ Une photo d'identité récente

.....

Votre dossier médical de pré-admission sera transmis au médecin de notre établissement pour avis :

Si un refus d'admission est prononcé :

- Vous recevrez un courrier vous informant du refus
- Votre médecin recevra un courrier l'informant des motifs de ce refus et pourra ainsi vous les communiquer

Si un accord d'admission est prononcé :

- Vous recevrez un courrier de confirmation de votre admission
- Votre médecin recevra un courrier l'informant de votre admission
- Attention, en cas d'accord d'admission, vous devez réaliser avec votre médecin les démarches administratives permettant la prise en charge financière de votre séjour (se référer au document « Informations pour votre admission »).

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

2 pages à compléter par vos soins, à signer et à nous renvoyer.

Secteur d'Hospitalisation souhaité : ☐ SSR Nutrition hospitalisation complète ☐ SSR Nutrition hospitalisation de jour
☐ SSR Indifférencié

Période d'hospitalisation souhaitée :

NOM : PRENOMS :
NOM DE NAISSANCE : NATIONALITE :
DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :
SITUATION FAMILIALE : ☐ Marié (e)- pacsé (e)-en union libre ☐ Célibataire
☐ Veuf-veuve ☐ Séparé(e)-divorcé (e)
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TELEPHONE FIXE : TELEPHONE PORTABLE :
EMAIL :
PROFESSION :

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE :
.....
.....
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :
DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE :
NUMERO DE SECURITE SOCIALE :/...../...../...../...../.....
BENEFICIAIRE : ☐ Assuré (e) ☐ Conjoint ☐ Ascendant
☐ Enfant ☐ Concubin
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) :
.....
.....
NUMERO D'ADHERENT OU DE CONTRAT :
TELEPHONE DE L'ORGANISME : FAX :

POSITION JURIDIQUE :

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR

NOM DU TUTEUR OU CURATEUR :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : TEL PORTABLE.....

PERSONNE A PREVENIR (A remplir obligatoirement) :

NOM-PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

MEDECIN PRESCRIPTEUR

☐ Généraliste ☐ Spécialiste ☐ Aucun

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : TEL PORTABLE.....

Est-il votre Médecin traitant ? ☐ OUI ☐ NON

Est-il votre Médecin Référent auprès de la Sécurité Sociale ? ☐ OUI ☐ NON

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, à quelle date ? :/...../..20.....

Chambre individuelle souhaitée: ☐ OUI ☐ NON
(Supplément de : **35 € en Hospitalisation de jour** et à partir **65 € par nuit en hospitalisation complète**)

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le :

OK : ☐

Nom (secrétaire médico-administrative)

.....

.....

Signature (secrétaire médico-administrative)

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Clinique SMR de Pégomas

2344, Route de la Fènerie
06580 PEGOMAS

☎ : 04.92.97.32.32

☎ : 04.92.97.32.84

Email :

contact@unitededietetique.com

Site internet :

www.clinique-smr-de-pegomas.fr

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION



**A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A
NOUS RETOURNER IMPERATIVEMENT**

(Sous pli cacheté)

A l'attention du médecin traitant

Photo
d'identité

Cher confrère,

Vous avez en votre possession le dossier de pré-admission dans notre établissement concernant votre patient(e).

J'attire votre attention sur l'importance du dossier médical que vous devez remplir avec précision et ce, dans le souci d'assurer une prise en charge de qualité, conforme à la situation de votre patient(e).

*Nous vous remercions de remplir **3 certificats** : **un certificat d'aptitude à la pratique du sport**, **un certificat médical d'aptitudes psychologiques**, **et un certificat pour la prise en charge sont à joindre au dossier.***

Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « prescription médicale de transport », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e) pour accord préalable (uniquement en Aller-retour hors département).

Dans le cas d'une affection liste, il vous faudra indiquer pour quelle pathologie le 100 % a été accordé au patient.

En effet, c'est une fois que nous aurons reçu votre dossier d'admission que nous serons en mesure de convenir d'une date d'entrée. Cela pour le confort et la sécurité médicale de votre patient(e).

Le Médecin Responsable

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Secteur d'Hospitalisation souhaité :

☐ SSR Nutrition

☐ SSR Indifférencié

Motif de l'admission :

Hospitalisation(s) antérieure(s) dans notre établissement : Si

☐ Oui

☐ Non

oui, veuillez préciser la (les) date(s) :

Le Secteur :

☐ SSR Nutrition

☐ SSR Indifférencié

Antécédents médicaux :

Allergie(s) :

Antécédents chirurgicaux :

État nutritionnel : Taille : Poids : IMC : Dénutrition : ☐ Oui ☐ Non

Troubles métaboliques :

- | | |
|--|---|
| ☐ Dyslipidémie | ☐ Hyperglycémie modérée à jeun |
| ☐ Diabète de type 1 | ☐ Insuffisance rénale |
| ☐ Diabète de type 2 | ☐ Hyper uricémie |

État psychique :

Résumé des investigations :

Diagnostic principal :

Traitement actuel :

Régime à suivre : (cocher la ou les cases correspondantes)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Nutrition entérale | ☐ Diabétique | ☐ Sans fibres | ☐ Sans résidu |
| ☐ Hypocalorique | ☐ Hypercalorique | ☐ Hypo protidique | ☐ Hyper protidique |
| ☐ Sans sel | ☐ Sans gluten | ☐ Restriction hydrique | |
| ☐ Sans porc | ☐ Hallal | ☐ Cacher | |

Allergies alimentaires :

Texture : ☐ Normale ☐ Hachée ☐ Mixée ☐ Lisse

Évaluation de la Dépendance

Autonomie selon la grille AGGIR : Entourer la lettre correspondant à l'état du patient

A : Autonome pour cette activité B : Intermédiaire C : Perte d'autonomie	Actuel *		
	A	B	C
Cohérence	☐	☐	☐
Orientation	☐	☐	☐
Toilette	☐	☐	☐
Habillage	☐	☐	☐
Alimentation	☐	☐	☐
Élimination urinaire	☐	☐	☐
Élimination fécale	☐	☐	☐
Transferts	☐	☐	☐
Déplacement à l'intérieur	☐	☐	☐
Déplacement à l'extérieur	☐	☐	☐
Communication à distance	☐	☐	☐

*Éléments indispensables pour valider l'orientation

Évaluation des Soins

Etat cutané : ☐ Intégrité ☐ Escarres (localisation) : ☐ Plaies (localisation) :

Si Pansements (nature, siège, protocole) :

Locomotion : ☐ Autonome ☐ Cannes ☐ Cannes Anglaises
☐ Déambulateur ☐ Fauteuil roulant ☐ Handicap moteur, préciser :

Soins techniques: ☐ Aucun

☐ Voie veineuse périphérique ☐ Voie veineuse centrale ☐ D.V.I. ☐ Injections
☐ Glycémies capillaires ☐ Insulinothérapie (nombre d'injections : .. /jour)
☐ Sonde vésicale à demeure (Posée le :) ☐ Stomie urinaire
☐ Sonde gastrique ☐ Gastrostomie
☐ Colostomie : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Provisoire ☐ Définitive
☐ Oxygène : .. l/min ☐ Aérosols (nombre : .. /jour) ☐ Aspiration

Appareillage :

☐ Prothèses oculaires : ☐ Lunettes ☐ Lentilles
☐ Prothèses auditives : ☐ Droite ☐ Gauche
☐ Prothèses dentaires : ☐ Haut ☐ Bas
☐ Prothèses orthopédiques (préciser) :

Soins spécifiques :

Mesures d'isolement : ☐ Précautions « standard ou contact » ☐ Précautions « respiratoire ou gouttelette »

Evaluation sociale et Projet social

Situation sociale antérieure, Vivait ☐ Seul ☐ En couple ☐ Autre, préciser :
☐ Tuteur ☐ Curateur

Souhaits du patient en vue de sa sortie de notre établissement :

☐ Retour domicile ☐ IDE libérale ☐ SSIAD ☐ Dossier d'aide sociale ☐ Repas à domicile ☐ HAD
☐ Demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ☐ Aide-ménagère ☐ SAGE
☐ Mandataire/curateur/tuteur ☐ Auxiliaire de vie ☐ EHPAD ☐ Autre(s) : Préciser

Démarches sociales entreprises :

Démarches sociales à poursuivre :

Le médecin soussigné certifie que le (la) patient(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni troubles psychiatriques non équilibrés. En cas de handicap moteur, en préciser la nature.

Nom du Médecin :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Email :

Tél :

Tél portable :

Cachet et signature

CRITERES MEDICAUX D'ADMISSION ET DE REFUS

	SSR Nutrition		SSR Indifférencié	
Critères	Admission (Recevable)	Refus (Non Recevable)	Admission (Recevable)	Refus (Non Recevable)
Age	☐ Age > 18 ans ☐ Age < 75 ans	☐ Age < 18 ans ☐ Age > 75 ans	☐ Age > 18 ans	☐ Age < 18 ans
Poids	☐ BMI > 30	☐ BMI < 30 sans diabète associé ☐ BMI < 18 avec diabète associé	Sans objet	Sans objet
Autonomie	☐ GIR ≥ 5	☐ GIR < 5	☐ 1 ≤ GIR ≤ 6	☐ Aucun
Pathologies	☐ Obésité ☐ Diabète ☐ Dyslipidémie ☐ Troubles endocriniens ☐ Pathologie Cardiaque ☐ Maladie de Crohn ☐ Maladie cœliaque	☐ Anorexie mentale ☐ Alcoolisme non sevré ☐ Essai thérapeutique	Suite d'hospitalisation pour raisons : • Chirurgicales ☐ Orthopédique ☐ Traumatologique ☐ Viscérale ☐ Gynécologique ☐ Vasculaire • Médicales ☐ Gériatrie ☐ Maladie coeliaque ☐ Cancérologie ☐ Rhumatologie ☐ Gynécologie ☐ Pathologie cardiaque ☐ Pathologie vasculaire ☐ Pathologie pulmonaire ☐ Maladie de Crohn ☐ RCH permettant une réadaptation avant retour au domicile	☐ Essai thérapeutique ☐ SSR non justifié Motif :
Pathologies psychiatriques	☐ Avec courrier du psychiatre précisant une pathologie stabilisée	☐ Pathologies psychotiques ☐ Pathologies psychiatriques non stabilisées ☐ Post-tentative de suicide	☐ Avec courrier du psychiatre précisant une pathologie stabilisée	☐ Pathologies psychotiques ☐ Etat d'agitation ☐ Patient dément déambulant ☐ Violence ☐ Post-tentative de suicide
Nombre de séjour	☐ Nombre ≤ 3	☐ Nombre > 3	Sans objet	Sans objet
Motivation et comportement		☐ Absence de motivation ou d'intérêt pour participer au programme d'éducation thérapeutique Lors des précédents séjours : ☐ Absence de motivation ☐ Non-respect du règlement intérieur ☐ Problèmes disciplinaires / troubles du comportement	☐ Demande exprimée par le patient	☐ Absence de motivation Lors des précédents séjours : ☐ Non-respect du règlement intérieur ☐ Problèmes disciplinaires / troubles du comportement

Hospitalisations antérieures ☐ Non ☐ Oui

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Signature de la secrétaire

Date :

Accord : ☐

Refus : ☐

Signature du Médecin

Je soussigné(e)

Docteur

Justifie que Mme, Mlle, Mr

Nécessite une rééducation nutritionnelle à la Clinique SMR de Pégomas :

☐ En hospitalisation complète pour une durée de 4 semaines

Ou

☐ En Hospitalisation Hôpital De Jour

Pour les motifs suivant :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(é) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de signe clinique apparent contre-
indiquant la pratique du sport à La Clinique SMR de Pégomas.

Observations :

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à, le

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL
Aptitudes psychologiques

Je soussigné(e),

Docteur

Certifie avoir examiné

Mme, Mlle, Mr

Né(é) le :

Et certifie que Mme, Mlle ou Mr :

☐ est apte à la vie en collectivité

☐ ne présente pas de troubles du comportement

☐ ne présente pas d'idées suicidaires

Fait à, le

Signature et cachet du médecin