



CLINIQUE LES OLIVIERS
Soins de suite
Réadaptation nutritionnelle
Cabassu BP I
30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
Tél : 04 66 35 92 00
Fax : 04 66 35 92 50
www.oc-sante.fr

Admission du patient en réadaptation nutritionnelle

A renseigner par le médecin

DOSSIER MÉDICAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Taille : Poids : IMC :

Adresse :

Téléphone(s) :

MOTIFS DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION

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

TYPE DE SÉJOUR

- Séjour de rééducation nutritionnelle (3-4 semaines)
 - Hôpital de jour
 - Séjour pré chirurgie bariatrique (lundi à vendredi)
- Date de l'intervention :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Dyslipidémies
- Pathologies psychiatriques :
- Dysthyroïdie
- Dépression
- SAOS
- Chirurgie bariatrique : AGA Sleeve By Pass Année :
- Allergies :
- Autres :

Le patient est-il porteur d'une Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques (BMR) ? : Oui Non

Le patient a-t-il été hospitalisé à l'étranger dans l'année ? : Oui Non

Si oui : Lieu : Date :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ

AUTONOMIE - POSSIBILITÉ PHYSIQUE

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
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	
État 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 :
Évaluation de la douleur	EVA = /10 Siège =	
Appareillage Prothèse / Orthèse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, précisez :

ÉVALUATION AUTONOMIE / PSYCHISME / ADAPTABILITÉ (SUITE)

RELATION – COMMUNICATION

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
Vision	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Appareillée <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	

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE – ADAPTABILITÉ

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

ÉLÉMENTS	ÉVALUATIONS	REMARQUES, PRÉCISIONS
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 :

CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES

Je soussigné(e), certifie avoir examiné M./Mme né(e) le | | | | | | | | | |

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique d'une activité physique adaptée lors du séjour à la Clinique Les Oliviers (marche, marche nordique, aquagym, gymnastique douce, renforcement musculaire).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(ÉLÉMENTS CONCERNANT VOTRE PATIENT QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER À NOTRE CONNAISSANCE)

PIÈCES À FOURNIR

Merci de bien vouloir nous fournir :

- Ordonnance en cours
- Bilan biologique < 1 an (HbA1C < 3 mois si diabétique)
- Consultation cardiologique < 1 an
- Épreuve d'effort ou équivalent à discuter avec le cardiologue.

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

- Compte rendu de la première consultation du chirurgien
- Compte rendu de la RCP
- Compte rendu du service diététique
- Compte rendu opératoire
- Protocole post opératoire défini par le chirurgien.

Date

Signature
du médecin

Cachet
du médecin

Pour obtenir des renseignements :

- Médecin : 04 66 35 75 15
- Admission : 04 66 35 92 48
- Standard : 04 66 35 92 00

Pour nous retourner la Demande d'Admission

- Par courrier : Clinique Les Oliviers
BP1 – 30660 GALLARGUES-LE-MONTUEUX
- Par fax : 04 66 35 92 50
- Par courrier électronique : admissions@cl-les-oliviers.fr