

Clinique de Villecresnes

8 boulevard Richerand - 94440 Villecresnes

Médecine – Soins de suite-Nutrition

☎01-56-73-14-12 // FAX : 01-56-73-14-18

Date de réception du dossier :	Décision du CME : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé
--------------------------------	--

DOSSIER MEDICAL de PRE-ADMISSION

Validité de ce questionnaire : 3 mois

A remplir par votre médecin traitant et à nous retourner impérativement par courrier accompagné d'une lettre de motivation rédigée par vos soins si vous souhaitez une hospitalisation en soins de suite.

Adresser avec le dossier : votre carte de mutuelle recto-verso, votre pièce d'identité recto-verso et copie de l'ordonnance de vos médicaments

A l'intention du médecin traitant

Cher Confrère,

Vous avez en votre possession le dossier de pré-admission de 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). Tout questionnaire incomplet sera retourné à l'intéressé(e) et toute erreur de déclaration pourra entraîner le renvoi du patient dans les 48 heures.

Le médecin responsable

Nom Prénom :

Date de naissance : /.....//.....//...../

Poids :

Taille :

IMC :

Téléphone :

Adresse :

.....
.....
.....

Mail :

.....

MOTIF PRECIS DE LA DEMANDE

Déjà hospitalisé(e) à Villecresnes :

oui non

Si oui, hospitalisé(e) en :

Hospitalisation depuis 1 an :

oui non

Si oui où ?

TRAITEMENT EN COURS

TRAITEMENT GENERAL :

Traitement neuro-psychiatrique Oui Non

Si oui lequel ?

Pathologies pour la(les)quelle(s) le 100% a été accordé :

ANTECEDENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

Gynéco-obstétricaux :

Tabac : Non Oui Combien ?

Alcool : Non Oui Combien ?

Toxicomanie : Non Oui Combien ?

Etat général du patient : Bon Moyen Altéré

Cécité / Mal Voyant : Non Oui // Surdité / Mal entendant : Non Oui

ETAT CUTANE	normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Besoin de soins cutanés		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui lesquels et à quelle fréquence :			

Allergies Médicamenteuses	Allergies Alimentaires

REGIME à prévoir

Hypocalorique normal <input type="checkbox"/>	Diabétique <input type="checkbox"/>	Gastroplastie <input type="checkbox"/>	Cacher <input type="checkbox"/>	Sans porc <input type="checkbox"/>
Sans résidu <input type="checkbox"/>	Végétarien <input type="checkbox"/>	Sans gluten <input type="checkbox"/>	Sans sel <input type="checkbox"/>	
Restriction hydrique <input type="checkbox"/>		Hyperprotidique <input type="checkbox"/>		
Texture	Normale <input type="checkbox"/>	Hachée <input type="checkbox"/>	Mixée <input type="checkbox"/>	Lisse <input type="checkbox"/>

Type de séjour souhaité (sous réserve d'acceptation) :

- Hospitalisation de courte durée en médecine pour bilan de 3 à 6 jours
- Hospitalisation pour bilan (3 à 6 jours) suivi d'une prise en charge en SSR-Nutrition (15 à 20 jours) en fonction des critères ci-après

Pour une demande de séjour en SSR : remplir les 3 paragraphes suivants afin que le dossier puisse être étudié en staff médical pour accord.

Pour une demande de séjour en médecine : dater et signer simplement la demande.

CRITERES D'ADMISSION EN SSR

CRITERES D'EXCLUSION (1 seul critère suffit)		OUI	NON
1	Anorexie mentale / Boulimie avec vomissements		
2	Dépendance à l'alcool / Toxicomanie		
3	Cardiopathie en phase subaiguë (IDM, Chirurgie cardiaque...)		
4	Dépression en phase aiguë		
5	Etat psychotique		
<u>Commentaires :</u>			

CRITERES D'INCLUSION (Tous les critères sont obligatoires)	OUI
Age \geq 18 ans et $<$ ou égal à 70 ans	
BMI : \geq 35 sans co- morbidité OU BMI : \geq 30 avec co-morbidité <input type="checkbox"/> FDR cardio – métaboliques (HTA – Diabète) <input type="checkbox"/> Pathologies pulmonaires (BPCO - SAS...) <input type="checkbox"/> Pathologies ostéo – articulaires OU BMI $>$ ou égal à 30 mais 1° séjour à la clinique	
Poursuite d'un projet thérapeutique pour un(e) patient(e) connu(e) de nos services	
Avoir une lettre de motivation pour un(e) patient(e) inconnu(e)	
Précédente hospitalisation en SSR – Nutrition datant de plus d'un an (à Villecresnes ou dans un autre établissement)	

CRITERES A PRECISER		Oui	Non
Mobilité	Mobilité sans aide (+/- canne) Capable de se déplacer seul(e) au sein de la clinique et prendre l'ascenseur		
	<u>Patient(e) en fauteuil roulant :</u> Se déplace seul(e) en fauteuil roulant Effectue seul(e) ses transferts		
	Besoin d'aide dans TOUS ses déplacements		
Toilette	Toilette et habillage sans aide (ou aide partielle)		
	Besoin d'aide pour la toilette et / ou habillage		
	Continence		
Oxygène	Respiration libre sans oxygène		
	Nécessite une oxygénothérapie		
Activité physique	Capable de marcher ½ h à l'extérieur et de participer à un cours d'une ½ h de réentraînement à l'effort		

Le médecin soussigné, certifie que le (la) patient(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni de troubles psychiatriques non équilibrés et que son comportement est compatible avec la vie en collectivité.

Cachet et signature du médecin

le /.....//.....//.....

Le dossier a été REFUSE par le staff médical pour la (les) raison(s) suivante(s)

- Dossier incomplet : la rédaction de demande d'admission ne permet pas de se prononcer
- Le (la) patient(e) n'est pas domicilié(e) sur le territoire couvert
- Patient(e) sous neuroleptiques ne pourra être accepté que dans un 2° temps après
- Évaluation en séjour de médecine.
- Attitude péjorative lors du précédent séjour estimée par l'équipe soignante
 - Absence de motivation / d'investissement
 - Non-respect du règlement intérieur / problème disciplinaire
 - Troubles du comportement / Difficultés relationnelles
- Absence de projet Thérapeutique
 - Suivi aléatoire en externe après le dernier séjour
 - Manque de motivation et d'assiduité dans le suivi
 - Le (la) patient(e) a déjà effectué plus de 3 séjours dans l'établissement sans résultat
- Les soins requis dépassent nos possibilités actuelles