

IRR - CENTRE MEDICAL DIETETIQUE « L'Alumnat »

Centre de Soins Spécialisé maladies digestives, métaboliques et nutritionnelles

Dr I. DEDENON-MAYER

Médecin

Diabétologue Nutrition

Dr S. GUNDESLI-DAGTEKIN

Médecin

Dr A. WALTER-KULL

Médecin

Scy-Chazelles, le 16 décembre 2020

Madame, Monsieur,

De manière à étudier au mieux votre demande d'admission,

IL EST IMPERATIF DE NOUS RETOURNER LES DOCUMENTS SUIVANTS :
(sous enveloppe à l'attention du Secrétariat Médical)

1. **Dossier administratif** à renseigner par vos soins et à nous retourner, sans oublier d'y joindre :

- + photocopie de votre carte nationale d'identité, ou tout document officiel justifiant de votre identité (passeport, permis de conduire, carte de séjour...),
- + photocopie de l'attestation des droits sécurité sociale **à jour**,
(durée de validité = **1 an** à compter de la date de délivrance)
- + photocopie de votre carte d'adhérent mutuelle.

2. **Dossier médical** à renseigner par votre médecin et à nous retourner, sans oublier d'y joindre :

- + **Bilan biologique** complet datant de moins de 3 mois.
- + **Si vous avez un suivi spécialisé en cours :**
vos comptes-rendus :
(cardiologique+examens complémentaires tels que : épreuve d'effort et scintigraphie myocardique, pneumologique, diabétologique, psychiatrique, etc...).

Il est important de respecter les « **DEMARCHES ADMINISTRATIVES** » **au verso** de cette feuille pour permettre la prise en charge des frais de séjour et de transport de votre hospitalisation.

Pour tous renseignements concernant le séjour : vous pouvez également consulter le site : www.alumnat.net

Restant dans l'attente de ces documents et avec nos remerciements anticipés,

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos salutations distinguées.

Tél : 03.87.60.31.11

Fax administratif : 03.87.60.36.50

Fax médical : 03.87.60.35.26

DEMARCHES ADMINISTRATIVES

• Prise en charge de vos frais de séjour :

Si vous dépendez de l'une des Caisses citées ci-dessous, une demande d'accord préalable pour une admission est **indispensable**, elle doit être complétée par votre médecin prescripteur et soumise au contrôle médical de votre organisme d'assurance maladie :

- RAM
- RSI (REGIME INDEPENDANT)
- CAISSE SNCF
- GAMEX
- MUTEST
- CAISSE NATIONALE MILITAIRE
- MUTUELLE BLEUE

EN CAS DE DOUTE : N'hésitez pas à prendre contact avec votre Caisse pour obtenir de plus amples renseignements ou avec notre Etablissement.

• Prise en charge Mutuelle :

Nous vous conseillons de contacter également votre Mutuelle pour connaître les modalités exactes de votre prise en charge, en leur précisant les **informations suivantes** :

le n° **FINESS** de notre Etablissement : **570012633** et le code **DMT** : **171**

L'accord de votre Mutuelle devra obligatoirement préciser :

- Si le ticket modérateur est pris en charge,
- Si le forfait journalier est pris en charge.

Si vous désirez une chambre particulière :

Il vous appartient d'en faire la demande auprès de votre Mutuelle, qui devra également préciser sa prise en charge.

A savoir :

Les chambres particulières ne se réservent pas, elles sont attribuées en fonction des disponibilités le jour de votre admission.

• Prescription médicale de transport :

Si vous habitez à plus de 150 km pour une hospitalisation **complète** et plus de 50 km pour une hospitalisation de **jour**, une demande d'accord préalable de transport doit être établie par votre médecin prescripteur et soumise à votre Caisse d'Assurance Maladie **15 jours avant** votre date d'admission. Veillez à ce que la prescription médicale couvre les **trajets aller et retour**.

Si vous habitez à moins de 50 km demandez une prescription médicale de transport à votre médecin prescripteur pour le jour de votre admission.

Tél. : **03 87 60 31 11**
Fax service médical : **03 87 60 35 26**
Fax administration : **03 87 60 36 50**

secmed.scychazelles.ug-ne@ugecam.assurance-maladie.fr

www.ugecam-nordest.fr

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRÉ-ADMISSION

A compléter par vos soins recto-verso, à signer et à nous retourner

Secteur d'Hospitalisation souhaité : SSR Nutrition hospitalisation **COMPLETE**
(avec possibilité de permissions de sortie les week-end de 13h00 à 18h00)
 SSR Nutrition hospitalisation de **JOUR** (de 7h30 à 20h00 sauf le week-end)

Période(s) d'hospitalisation(s) souhaitée(s) : _____

À savoir : le Centre ne pourra vous accueillir qu'à compter du mois de :

NOM MARITAL :	PRENOMS :
NOM DE NAISSANCE :	NATIONALITE :
DATE DE NAISSANCE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	SEXE : M _ F _
LIEU DE NAISSANCE :	
SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	
ADRESSE :	
CODE POSTAL : _ _ _ _ _ _	VILLE :
TELEPHONE PORTABLE :	TELEPHONE FIXE :
E-MAIL :	@
PROFESSION :	

CAISSE DE SECURITE SOCIALE OU ORGANISME OBLIGATOIRE :	
NOM ET PRENOM DE L'ASSURE :	
DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Clé _ _ _ _
BENEFICIAIRE : <input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Ascendant <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Concubin	
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLEMENTAIRE (nom et adresse) :	
NUMERO D'ADHERENT ou DE CONTRAT :	
TELEPHONE DE L'ORGANISME :	FAX :

PROTECTION JURIDIQUE :

TUTELLE : OUI NON -ou- CURATELLE : OUI NON

AUX BIENS A LA PERSONNE

NOM DU TUTEUR ou CURATEUR :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

PERSONNE A PREVENIR : NOM : N° TELEPHONE :

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN-TRAITANT :

NOM - PRENOM : N° TELEPHONE :

ADRESSE : CP/VILLE :


A COMPLETER : SI VOUS AVEZ UN SUIVI SPECIALISE EN COURS :

COORDONNEES DE VOTRE CARDIOLOGUE :

NOM :  :


ADRESSE :

COORDONNEES DE VOTRE PSYCHIATRE ET/OU PSYCHOLOGUE :


NOM :  :

ADRESSE :

COORDONNEES AUTRE(S) SPECIALISTE(S) : PNEUMOLOGUE, DIABETOLOGUE, RHUMATOLOGUE ... :

NOM :  :

ADRESSE :

NOM :  :

ADRESSE :

HOSPITALISATION(S) ANTERIEURE(S) AU CENTRE MEDICAL DIETETIQUE " L'ALUMNAT" : OUI NON

Si **OUI**, combien d'hospitalisations Quand ?

* **Chambre individuelle souhaitée :** OUI NON

* *En fonction des disponibilités le jour de votre admission*

Signature obligatoire

Tél. : **03 87 60 31 11** secmed.scychazelles.ug-ne@ugecam.assurance-maladie.fr
 Fax service médical : **03 87 60 35 26**
 Fax administration : **03 87 60 36 50**

www.ugecam-nordest.fr

DOSSIER MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION

A compléter par le Médecin prescripteur et à nous retourner

PATIENT(E) :

NOM : PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_| SEXE : M |_| F |_|

MOTIF(S) DE L'HOSPITALISATION :

	X
REEDUCATION NUTRITIONNELLE	
REENTRAINEMENT PHYSIQUE	
COUPURE DU MILIEU FAMILIAL ET/OU PROFESSIONNEL	
CARDIOVASCULAIRE	
PNEUMOLOGIQUE	
RHUMATOLOGIQUE	
PRE-OPERATOIRE	
INSCRIT DANS UNE FILIERE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE	
POST-OPERATOIRE	
AUTRES :	

POIDS ACTUEL :

|_|_|_|_|_|,|_| Kg

TAILLE :

|_|_|,|_|_|_| m

IMC :

|_|_|_|_|,|_|

ANTECEDENTS MEDICAUX :

• METABOLIQUES ET ENDOCRINIENS

DIABETE : TYPE 1 |_| TYPE 2 |_|

DYSLIPIDEMIE |_| HYPERURICEMIE |_| GOUTTE |_| HYPOTHYROIDIE |_| HYPERTHYROIDIE |_|

• CARDIOVASCULAIRES

HTA |_| INSUFFISANCE CORONAIRE |_| ARTERITE |_| CARDIOPATHIE |_| AUTRES :

• PNEUMOLOGIQUES

BPCO |_| INSUFFISANCE RESPIRATOIRE |_| OXYGENOTHERAPIE : OUI |_| NON |_|

SYNDROME APNEE DU SOMMEIL |_| APPAREILLE : OUI |_| NON |_| ASTHME |_|

• RHUMATOLOGIQUES, OSTEOARTICULAIRES

GONARTHROSE |_| COXARTHROSE |_| HERNIE DISCALE |_| CANAL LOMBAIRE ETROIT |_| AUTRES :

• DIGESTIFS

STEATOSE HEPATIQUE |_| CROHN |_| RCH |_| MALADIE COELIAQUE |_|

• **DERMATOLOGIQUES**

PLAIE : OUI NON LOCALISATION : AUTRE(S) :

• **PSYCHIATRIQUES**

SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF : OUI NON SI **OUI** : LEGER MODERE SEVERE

TROUBLES BIPOLAIRES PSYCHOSE AUTRES PRECISEZ :

RISQUE SUICIDAIRE : OUI NON

SUIVI PSYCHIATRIQUE EN COURS ? OUI NON

• **ADDICTIONS**

EXOGENOSE : OUI NON SI **OUI**, CONSOMMATION ACTUELLE :

AUTRE(S) ADDICTION(S) :

AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTEDECENTS CHIRURGICAUX :

ANTECEDENT RESECTION INTESTINALE : OUI NON

AUTRE(S) PRECISEZ :
.....
.....
.....

INFORMATIONS NUTRITIONNELLES :

LE PATIENT A T-IL DEJA BENEFICIE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE (NUTRITIONNELLE) ?

MEDICALE : OUI NON DIETETIQUE : OUI NON

CHIRURGICALE : OUI NON SI **OUI** : ANNEAU GASTRIQUE BY-PASS SLEEVE

DATE(S) ET LIEU(X) :

PRATICIEN(S) :

ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE (S) ? OUI NON

SI **OUI**, LESQUELLES :

LE PATIENT CUISINE T-IL SEUL ? OUI NON

Si **NON** : QUI EST RESPONSABLE DE LA REALISATION DE SES REPAS ?
.....

TRAITEMENT(S) EN COURS : (merci de joindre la photocopie de sa dernière ordonnance)

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

PATIENT DEPENDANT

Si OUI : merci de compléter les renseignements ci-dessous

DEPLACEMENTS :

DIFFICULTES A LA MARCHE (MAIS SANS AIDE)	
CANNE(S)	
DEAMBULATEUR	
FAUTEUIL ROULANT	

TRANSFERTS :

SEUL	
AVEC AIDE HUMAINE	
VERTICALISATEUR	
LEVE PERSONNE	

ALIMENTATION :

AVEC AIDE HUMAINE	
ALIMENTATION ENTERALE (SNG, ...)	

TROUBLES SPHINCTERIENS :

INCONTINENCE URINAIRE	
SONDE URINAIRE	
INCONTINENCE FECALE	
STOMIE	

COMMUNICATION

CECITE	
SURDITE	
APPAREILLAGE	
TROUBLES DE L'ELOCUTION	

FRANCAIS :	
	NON LU
	NON PARLE
	NON COMPRIS
LANGUE(S) PARLEES(S) :	

TROUBLES COGNITIFS :

DEMENCE, ALZHEIMER	
RETARD MENTAL	
AUTRE(S) :	

Cachet et Signature du Médecin :	Fait à : Le :
----------------------------------	----------------------------