

UNITE DE DIETETIQUE  
2344, Route de la Fénerie  
06580 PEGOMAS

☎ : 04.92.97.32.32

☎ : 04.92.97.32.84

Email : [contact@unitededietetique.com](mailto:contact@unitededietetique.com)

Site internet : [www.unite-de-dietetique.fr](http://www.unite-de-dietetique.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).*

*Parallèlement vous devrez remplir une demande « d'Accord Préalable pour une admission en service de soins », document CNATS (réf 619-1-86). Si vous ne disposez pas de ce document vous pouvez vous le procurer auprès de la CPAM ou faire cette demande sur « simple ordonnance ».*

*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 :**

Oui

Non

**Si 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  
 Diabète de type 1  
 Diabète de type 2
- Hyperglycémie modérée à jeun  
 Insuffisance rénale  
 Hyper uricémie

### État psychique :

### Résumé des investigations :

### Diagnostic principal :

### Traitement actuel :

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

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

### Allergies alimentaires :

Texture :  Normale  Hachée  Mixée  Lisse

### Evaluation 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication à distance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Éléments indispensables pour valider l'orientation

## Evaluation 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

Critères	SSR Nutrition		SSR Indifférencié	
	Admission (Recevable)	Refus (Non Recevable)	Admission (Recevable)	Refus (Non Recevable)
<b>Age</b>	<input type="checkbox"/> Age > 18 ans <input type="checkbox"/> Age < 75 ans	<input type="checkbox"/> Age < 18 ans <input type="checkbox"/> Age > 75 ans	<input type="checkbox"/> Age > 18 ans	<input type="checkbox"/> Age < 18 ans
<b>Poids</b>	<input type="checkbox"/> BMI > 30	<input type="checkbox"/> BMI < 30 sans diabète associé <input type="checkbox"/> BMI < 18 avec diabète associé	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
<b>Autonomie</b>	<input type="checkbox"/> GIR ≥ 5	<input type="checkbox"/> GIR < 5	<input type="checkbox"/> 1 ≤ GIR ≤ 6	<input type="checkbox"/> Aucun
<b>Pathologies</b>	<input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Troubles endocriniens <input type="checkbox"/> Pathologie Cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque	<input type="checkbox"/> Anorexie mentale <input type="checkbox"/> Alcoolisme non sévère <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique	Suite d'hospitalisation pour raisons : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chirurgicales</b></li> <li><input type="checkbox"/> Orthopédique</li> <li><input type="checkbox"/> Traumatologique</li> <li><input type="checkbox"/> Viscérale</li> <li><input type="checkbox"/> Gynécologique</li> <li><input type="checkbox"/> Vasculaire</li> <li>• <b>Médicales</b></li> <li><input type="checkbox"/> Gériatrie</li> <li><input type="checkbox"/> Maladie coeliaque</li> <li><input type="checkbox"/> Cancérologie</li> <li><input type="checkbox"/> Rhumatologie</li> <li><input type="checkbox"/> Gynécologie</li> <li><input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque</li> <li><input type="checkbox"/> Pathologie vasculaire</li> <li><input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire</li> <li><input type="checkbox"/> Maladie de Crohn</li> <li><input type="checkbox"/> RCH</li> </ul> permettant une réadaptation avant retour au domicile	<input type="checkbox"/> Essai thérapeutique <input type="checkbox"/> SSR non justifié Motif :
<b>Pathologies psychiatriques</b>	<input type="checkbox"/> Avec courrier du psychiatre précisant une pathologie stabilisée	<input type="checkbox"/> Pathologies psychotiques <input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques non stabilisées <input type="checkbox"/> Post-tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Avec courrier du psychiatre précisant une pathologie stabilisée	<input type="checkbox"/> Pathologies psychotiques <input type="checkbox"/> Etat d'agitation <input type="checkbox"/> Patient dément déambulant <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Post-tentative de suicide
<b>Nombre de séjour</b>	<input type="checkbox"/> Nombre ≤ 3	<input type="checkbox"/> Nombre > 3	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
<b>Motivation et comportement</b>		<input type="checkbox"/> Absence de motivation ou d'intérêt pour participer au programme d'éducation thérapeutique  Lors des précédents séjours : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Absence de motivation</li> <li><input type="checkbox"/> Non-respect du règlement intérieur</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes disciplinaires / troubles du comportement</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Demande exprimée par le patient	<input type="checkbox"/> Absence de motivation  Lors des précédents séjours : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Non-respect du règlement intérieur</li> <li><input type="checkbox"/> Problèmes disciplinaires / troubles du comportement</li> </ul>

**Hospitalisations antérieures**  Non  Oui

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la secrétaire

Date : \_\_\_\_\_

Accord :

Refus :

Signature du Médecin