

UNITE DE DIETETIQUE
2344, Route de la Fénerie
06580 PEGOMAS

☎ : 04.92.97.32.32

☎ : 04.92.97.32.84

Email : contact@unitededietetique.com

Site internet : 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)
Age	<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
Poids	<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>
Autonomie	<input type="checkbox"/> GIR ≥ 5	<input type="checkbox"/> GIR < 5	<input type="checkbox"/> 1 ≤ GIR ≤ 6	<input type="checkbox"/> Aucun
Pathologies	<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 sévré <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique	Suite d'hospitalisation pour raisons : • Chirurgicales <input type="checkbox"/> Orthopédique <input type="checkbox"/> Traumatologique <input type="checkbox"/> Viscérale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Vasculaire • Médicales <input type="checkbox"/> Gériatrie <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque <input type="checkbox"/> Cancérologie <input type="checkbox"/> Rhumatologie <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque <input type="checkbox"/> Pathologie vasculaire <input type="checkbox"/> Pathologie pulmonaire <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> RCH permettant une réadaptation avant retour au domicile	<input type="checkbox"/> Essai thérapeutique <input type="checkbox"/> SSR non justifié Motif :
Pathologies psychiatriques	<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
Nombre de séjour	<input type="checkbox"/> Nombre ≤ 3	<input type="checkbox"/> Nombre > 3	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
Motivation et comportement		<input type="checkbox"/> Absence de motivation ou d'intérêt pour participer au programme d'éducation thérapeutique Lors des précédents séjours : <input type="checkbox"/> Absence de motivation <input type="checkbox"/> Non-respect du règlement intérieur <input type="checkbox"/> Problèmes disciplinaires / troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Demande exprimée par le patient	<input type="checkbox"/> Absence de motivation Lors des précédents séjours : <input type="checkbox"/> Non-respect du règlement intérieur <input type="checkbox"/> Problèmes disciplinaires / troubles du comportement

Hospitalisations antérieures Non Oui

Date : _____

Date : _____

Date : _____

Signature de la secrétaire

Date : _____

Accord :

Refus :

Signature du Médecin