

JOUVENCE NUTRITION

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire

DOSSIER MÉDICAL D'ADMISSION DE

NOM :

Prénom :

Partie réservée à l'établissement

- Demande d'admission validée
- Nous vous informons que nous ne pourrons donner suite à votre demande d'admission pour la raison suivante :
 - Dossier incomplet
 - Inadéquation avec la structure par rapport à son problème infectieux
 - Inadéquation avec la structure par rapport à ses troubles psychiques
 - Nécessité de soins non dispensés dans la structure
 - Autre (*en précisant*).....

Docteur Laetitia LEGENDRE

**Docteur Mohsen RAFAT-SAFAI
Docteur Baptiste LEVEQUE**

FICHE MÉDICALE D'ADMISSION

A faxer au 03.80.60.02.61

IDENTITE DU PATIENT

NOM : Prénom :.....
 Nom de jeune fille :..... Sexe :.....
 Date de naissance : __ / __ / ____
 Adresse :..... Ville : Code Postal :
 Tel fixe : __ / __ / __ / __ / __ Tel port : __ / __ / __ / __ / __
 Adresse mail :
 Situation familiale : célibataire marié(e) Divorcé(e)
 Nationalité :..... Profession :.....

PRISE EN CHARGE MEDICALE - COORDINATION DES SOINS

Médecin prescripteur

Coordonnées

Adresse :

Tel :

Médecin traitant

Coordonnées

Adresse :

Tel :

Médecin psychiatre

Coordonnées

Adresse :

Tel :

Psychologue

Coordonnées

Adresse :

Tel :

RAPPEL DES CONTRES INDICATIONS A L'ADMISSION

- Dépendances sans prise en charge
- IMC < 13
- Etre mineur
- Affections contagieuses
- Affections mentales non stabilisées

ÉTAT DE SANTE ACTUEL

Poids :

Taille :.....

IMC.....

Antécédents médicaux

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

Antécédents chirurgicaux

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

**Antécédents Psychiatriques
(dont hospitalisations)**

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

EXAMENS BIOLOGIQUES DEMANDES

NFS VS Plaquettes
Na K Glycémie à jeun, urée, créatinine, calcium et phosphore
Albumine Préalbumine,
Fer sérique et ferritine, TSH

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES RESULTATS

Dépendances

Le patient consomme-t-il :

- De l'alcool : oui non
- Du tabac : oui non
- Des laxatifs : oui non
- Cannabis : oui non
- Autres : oui non

Si oui, indiquez la fréquence et la quantité :

Traitement actuel : préciser si mode IM ou PER OS :

Médicaments et leurs dosages	Quantité délivrée à chaque prise			
	matin	midi	soir	nuit

L'HISTOIRE DU TCA (Troubles du comportement alimentaire)

Diagnostic et description du TCA

(Anorexie restrictive, boulimie, compulsions alimentaires graves...)

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

Histoire de la maladie :

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

Motivations du patient:

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

Autres informations vous semblant utiles :

PIECES A FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

- Ordonnances des traitements en cours
- Carte d'identité
- Carte Vitale
- Attestation de Sécurité Sociale

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Pensez à faire la demande de prise en charge auprès du médecin conseil de la sécurité sociale du patient.

Fait le

Signature du médecin demandeur :

JOUVENCE NUTRITION

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire

DOSSIER ADMINISTRATIF D'ADMISSION

DE

NOM :

Prénom :

Partie réservée à l'établissement

- Demande d'admission non validée et/ou reportée par le médecin
- Demande d'admission validée par un médecin de l'établissement

Date d'entrée possible le à 14H00

- En chambre particulière*
- En chambre double*

La Direction.

DOSSIER ADMINISTRATIF

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM : Prénom :.....
Nom de jeune fille :..... Sexe :.....
Date de naissance :.....
Adresse :..... Code postal et Ville
Tél fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tél port : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Adresse mail :
Situation familiale : célibataire marié(e) Divorcé(e)
Nationalité :..... Profession :.....

PERSONNES A PRÉVENIR

Lien de parenté :.....
Nom.....Prénom.....N° Tél.....
Lien de parenté :.....
Nom.....Prénom.....N° Tél.....
Lien de parenté :.....
Nom.....Prénom.....N° Tél.....

SÉCURITÉ SOCIALE (joindre la photocopie)

Nom de la caisse d'assurance maladie :
N° de l'organisme de rattachement :..... Code gestion :.....
Adresse :.....
N° de sécurité social de l'assuré : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
ALD 30 Oui Non Date.....

MUTUELLE (joindre la photocopie)

Nom et adresse :.....
N°d'adhérent :.....

PRISE EN CHARGE DU SÉJOUR

Durée :..... Début souhaité
 Séjour souhaité en chambre simple Séjour souhaité en chambre double
Chambre particulière prise en charge par la mutuelle: Oui Non

(Fiche à joindre à la fiche Médicale d'Admission)