

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)*

Photo  
d'identité

**A l'attention du médecin traitant**

*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).*

*Nous vous remercions de remplir **3 certificats** : un certificat d'aptitude à la pratique du sport, un certificat médical d'aptitudes psychologiques, et un certificat pour la prise en charge **sont à joindre au dossier.***

*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 :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dyslipidémie      | <input type="checkbox"/> Hyperglycémie modérée à jeun |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 1 | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale          |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Hyper uricémie               |

**État psychique :**

**Résumé des investigations :**

**Diagnostic principal :**

**Traitement actuel :**

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

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nutrition entérale | <input type="checkbox"/> Diabétique     | <input type="checkbox"/> Sans fibres          | <input type="checkbox"/> Sans résidu      |
| <input type="checkbox"/> Hypocalorique      | <input type="checkbox"/> Hypercalorique | <input type="checkbox"/> Hypo protidique      | <input type="checkbox"/> Hyper protidique |
| <input type="checkbox"/> Sans sel           | <input type="checkbox"/> Sans gluten    | <input type="checkbox"/> Restriction hydrique |   |
| <input type="checkbox"/> Sans porc          | <input type="checkbox"/> Hallal         | <input type="checkbox"/> Cacher               |   |

**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 :

Email :

Tél :

Ville :

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 sevré <input type="checkbox"/> Essai thérapeutique	Suite d'hospitalisation pour raisons : • <b>Chirurgicales</b> <input type="checkbox"/> Orthopédique <input type="checkbox"/> Traumatologique <input type="checkbox"/> Viscérale <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Vasculaire • <b>Médicales</b> <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 :
<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 : <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