



Dossier d'admission

Centre de l'Obésité Bernard Descottes

Prévention - Réadaptation - Suivi

Pierrechave - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00 - Fax : 05 19 99 25 31

www.centre-obesite.fr



CENTRE DE L'OBÉSITÉ
Bernard DESCOTTES

Prévention - Réadaptation - Suivi



NOTICE D'INFORMATION

Aide au remplissage du dossier d'admission



Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez intégrer le Centre de l'Obésité Bernard Descottes et nous vous en remercions. Cette notice vous est destinée afin de vous aider dans le remplissage du dossier d'admission.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Afin de traiter votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir les pièces justificatives suivantes :

1. Copie de VOTRE ATTESTATION PAPIER de Sécurité sociale en cours de validité à la date de votre admission.

Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

2. Copie recto-verso de votre carte de complémentaire santé en cours de validité à la date de votre admission.

Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.

3. Copie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité à la date de votre admission.

Si vous êtes ressortissant étranger, merci de bien vouloir nous faire parvenir une copie de **vos** titre de séjour.

4. Quatre photos d'identité RÉCENTES.

5. Duplicata de l'ordonnance de votre traitement en cours.

6. En cas d'intolérance alimentaire avérée (ou allergie), merci de nous fournir les documents biologiques correspondant (résultats de laboratoire ou autres..).

Seules les intolérances alimentaires justifiées par ces documents seront prises en considération.

7. Bilan psychiatrique : pour tout patient ayant une prise en charge, merci de joindre un compte-rendu récent du spécialiste.

8. Prise de sang (voir formulaire n°2, verso) à fournir lors de votre arrivée dans le Centre.

Elle devra avoir moins de 3 mois.

9. Bilan cardiologique de moins d'un an et au moins un ECG si vous avez plus de 40 ans ou si vous êtes diabétique à remettre le jour de votre admission dans le Centre.

FORMULAIRES D'ADMISSION À COMPLÉTER ET À NOUS RETOURNER SIGNÉS

Afin de valider votre d'admission, nous vous remercions de bien vouloir compléter les deux formulaires suivants :

FORMULAIRE N°1 : fiche administrative complétée par vos soins (recto-verso).

À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR VOS SOINS

Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos proches, tuteur ou curateur éventuel.

FORMULAIRE N°2 : fiche médicale.

À FAIRE COMPLÉTER RECTO-VERSO, SIGNER ET TAMPONNER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR, ET À NOUS RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ATTENTION DU MÉDECIN COORDONNATEUR AVEC LE RESTE DE VOTRE DOSSIER

Ce document est indispensable à l'enregistrement et à la validation de votre demande d'admission. Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos médecins.

Un courrier rédigé par votre médecin peut également être joint à toute demande d'admission afin de nous apporter toute précision jugée utile sur votre état de santé.

Nous vous remercions de bien vouloir retourner le dossier dûment rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

**CENTRE DE L'OBÉSITÉ BERNARD DESCOTTES
PIERRECHAVE
87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE**

Tout dossier incomplet, sans l'ensemble des pièces justificatives, ne pourra être étudié en vue d'une admission.

VOTRE ADMISSION AU CENTRE



1. Jours et heures d'arrivée

Les admissions au sein du Centre de l'Obésité Bernard Descottes ont lieu :

- le lundi de 9h à 13h,
- le mardi de 9h à 13h.

Suite à votre demande d'admission, si celle-ci est validée, vous recevrez par courrier une convocation vous indiquant la date et l'horaire de votre arrivée au sein du Centre. Merci de respecter cet horaire.

Ce courrier sera accompagné de votre livret d'accueil, de différents questionnaires à remplir destinés à mieux vous connaître et à **nous retourner complétés avant votre arrivée**, et d'une liste récapitulant les pièces justificatives à nous fournir le jour de votre arrivée.

2. Formalités à remplir à votre arrivée

A votre arrivée au Centre de l'Obésité Bernard Descottes, nous vous remercions de bien vouloir **vous présenter à l'Accueil** avec **les documents originaux** suivants afin de valider votre admission :

- votre **carte Vitale mise à jour**,
- votre **carte de complémentaire santé en cours de validité pour l'année**,
- votre **pièce d'identité** (ou titre de séjour) **en cours de validité**,
- votre livret de famille, **si votre pièce d'identité n'est pas conforme** (changement de situation familiale, erreur de date de naissance, changement de nom...).

Vous devrez par la suite remettre à l'infirmière ou à l'aide-soignante qui vous accueillera les différentes pièces suivantes :

- votre **ordonnance avec votre traitement en cours** à votre admission,
- votre **traitement actuel**, si vous l'avez apporté avec vous.

3. Effets personnels indispensables à votre prise en charge

Dans le cadre de la continuité des soins et afin de vous garantir une qualité de prise en charge optimale, nous vous remercions de bien vouloir apporter dès votre arrivée :

- un **plaid**, qui sera utilisé lors des séances de relaxation,
- une **taie d'oreiller**, qui protégera votre coussin de relaxation lors de ces séances.

4. Votre hébergement au sein du Centre

Nous vous recommandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur. Vous aurez la possibilité de laisser gratuitement vos objets de valeur personnels au sein d'un dépôt de valeur centralisé durant votre séjour. Vous pourrez vous renseigner auprès du cadre de santé du Centre ou de l'accueil de l'établissement.

La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte du Centre ou sur le parking de la structure.



L'établissement vous fournit les draps et couvertures. Vous êtes tenu d'apporter :

- **vêtements,**
- **pyjama** (et robe de chambre),
- **affaires de toilette**, y compris serviettes de toilette ou peignoir,
- **tenues de sport (vêtements et chaussures) adéquates** pour activités de plein air et en salle, y compris **un maillot de bain, un bonnet de bain, une serviette de bain, du gel douche et des claquettes** uniquement dédiées à la balnéothérapie,
- un **bloc-notes**, un **stylo** et un **porte-documents**.

Une buanderie centrale (payante) vous permettra d'assurer l'entretien de votre linge personnel (tarifs disponibles au bureau des entrées).

Durant votre séjour, vous êtes considéré comme hospitalisé mais une autorisation de sortie temporaire peut vous être accordée, à titre exceptionnel, après accord du médecin coordonnateur et du directeur de l'établissement. Elle peut vous être autorisée selon différentes modalités :

- 1h30 de sortie à pied **par jour**
- 3h de sortie en voiture **par semaine**
- **de 13h30 à 18h30 le dimanche** : sortie libre
- sortie pour circonstances exceptionnelles ou cas de force majeure : une autorisation exceptionnelle de sortie vous sera délivrée par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement (n'excédant pas 12h consécutives).

Vous devez alors signer le registre prévu à cet effet.

L'ensemble du personnel du Centre de l'Obésité Bernard Descottes reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire. En cas de souhait particulier, vous pouvez nous adresser, avec ce dossier d'admission, un courrier spécifique, daté et signé.

INFORMATIONS DIVERSES SUR VOTRE ADMISSION



Critères d'admission dans le Centre :

- Avoir entre 16 et 75 ans,
- Avoir un indice de masse corporelle supérieur à 35,
- Avoir un indice de masse corporelle supérieur à 30 avec des comorbidités associées (diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil, polyarthropathie...).

Si vous n'entrez pas dans ces critères, merci de joindre une lettre de motivation à votre dossier d'admission.

Validation de votre admission :

Afin de s'assurer de la pertinence d'une hospitalisation au sein de notre établissement, nous vous informons que la validation de votre admission peut être soumise à une consultation par un médecin spécialiste selon votre profil de santé, prescrite par le médecin coordonnateur du Centre.

Prise en charge des frais de séjour :

Les frais de séjours sont pris en charge à 80 % par votre régime obligatoire et à 20 % par votre régime complémentaire. L'établissement se charge de réaliser la demande d'accord de prise en charge avant votre admission dans le Centre.

Choix de la chambre particulière :

Le Centre de l'Obésité Bernard Descottes dispose majoritairement de chambres individuelles. Lors de votre demande d'admission, vous pouvez librement choisir de bénéficier d'une chambre seule, dont le tarif journalier est de 42 €. Nous vous encourageons à vous renseigner auprès de votre complémentaire santé dès votre demande d'admission, afin de savoir si celle-ci prend en charge la chambre particulière en secteur « rééducation » (code DMT 187) le temps de votre hospitalisation (21 jours).

Transport :

Pour les personnes étant domiciliées à plus de 150 kilomètres de l'établissement et nécessitant une prise en charge en transport sanitaire, il convient de faire établir par votre médecin une demande d'entente préalable. Celle-ci devra être transmise à votre caisse de régime obligatoire au minimum 15 jours avant votre admission au Centre. C'est elle qui vous communiquera sa décision consécutive à votre demande.

Durée du séjour :

Les séjours ont lieu du lundi au lundi ou du mardi au mardi inclus, pour une durée de 3 semaines minimum.

FORMULAIRE N°1 - FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

NOM MARITAL :
NOM DE JEUNE FILLE :
DATE DE NAISSANCE :
SITUATION FAMILIALE : Marié(e) - pacsé(e) - en union libre
 Veuf-veuve
NATIONALITÉ :
PERSONNES À CHARGE (noms, âges et liens de parenté) :
1.
2.
3.
4.
5.
6.
ADRESSE :
.....
CODE POSTAL : **VILLE :**
TÉLÉPHONE FIXE : **TÉLÉPHONE PORTABLE :**
ADRESSE MAIL :
SITUATION PROFESSIONNELLE : Actif Retraité Invalide Inactif
PROFESSION :

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE ou ORGANISME OBLIGATOIRE (nom et adresse) :
.....
NOM ET PRÉNOM DE L'ASSURÉ :
DATE DE NAISSANCE DE L'ASSURÉ :
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :
BÉNÉFICIAIRE : Assuré(e) Conjoint Ascendant
 Enfant Concubin
MUTUELLE ou ORGANISME COMPLÉMENTAIRE (nom et adresse) :
.....
NUMÉRO D'ADHÉRENT OU DE CONTRAT :
TÉLÉPHONE DE L'ORGANISME : **NUMÉRO DE FAX :**

POSITION JURIDIQUE : Autonome Sous tutelle Sous curatelle

EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR :

NOM DE L'ORGANISME :
NOM ET PRÉNOM DU MANDATAIRE JUDICIAIRE :
QUALITÉ : Tuteur Curateur
ADRESSE :
.....
CODE POSTAL : **VILLE :**
TÉLÉPHONE FIXE : **TÉLÉPHONE PORTABLE :**

COORDONNÉES DE LA FAMILLE (à remplir obligatoirement) :

NOM – PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	ADRESSE	TÉLÉPHONE

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TÉLÉPHONE FIXE : **NUMÉRO DE FAX :**

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN QUI PRESCRIT LE SÉJOUR :

SPÉCIALITÉ :

ADRESSE :

CODE POSTAL : **VILLE :**

TÉLÉPHONE FIXE : **NUMÉRO DE FAX :**

AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES RÉFÉRENTS (NOM, PRÉNOM, SPÉCIALITÉ, ADRESSE, TÉLÉPHONE) :

1.

2.

3.

NOM ET TÉLÉPHONE DE VOTRE AMBULANCIER :

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ? OUI NON

Si OUI, à quelle date ? :

CHAMBRE PARTICULIÈRE :

Souhaitez-vous une chambre particulière ? OUI NON

Il est à noter que nous nous engageons à vous proposer une chambre particulière dès votre arrivée. Si cela n'était pas possible, nous nous engageons à vous la proposer dans les plus brefs délais.

SIGNATURE OBLIGATOIRE



CENTRE DE L'OBÉSITÉ
Bernard DESCOTTES

Prévention - Réadaptation - Suivi



FORMULAIRE N°2 - FICHE MÉDICALE

A faire compléter **RECTO-VERSO**, signer et tamponner **PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR** et à nous renvoyer sous pli fermé à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement

NOM MARITAL :	PRÉNOMS :
SEXE : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	DATE DE NAISSANCE :
Votre patient a-t-il déjà effectué un séjour dans notre établissement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, date du dernier séjour :	
100 % ALD : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, motif :	

MOTIF D'HOSPITALISATION :

.....

.....

PATHOLOGIES ASSOCIÉES & ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

.....

.....

.....

.....

LE SÉJOUR EST PRÉVU POUR 21 JOURS. SI VOUS SOUHAITEZ QU'IL SOIT PROLONGÉ, MERCI DE PRÉCISER POUR COMBIEN DE JOURS ET POUR QUEL(S) MOTIF(S) :

.....

.....

ÉTAT CLINIQUE :	POIDS :	TAILLE :		
	IMC :			
SOINS D'HYGIÈNE (toilette, toilette intime) :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	
HABILLAGE (bas de contention, lacer ses chaussures...) :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	
ÉLIMINATION :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	
	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> Stomie :		
ALIMENTATION :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Alim. entérale	<input type="checkbox"/> Alim. parentérale
RESPIRATION :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/> Trachéotomie	
MOBILISATION :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Dépendant	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
Si AIDE PARTIELLE, périmètre de marche :	<input type="checkbox"/> < à 20 m	<input type="checkbox"/> entre 20 et 50 m	<input type="checkbox"/> > à 50 m	
TROUBLES DU COMPORTEMENT :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Si OUI, précisez :				
<small>(merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non-dangerosité)</small>				
PLAIES (type, localisation) :				
INFECTIONS :	<input type="checkbox"/> Site :	<input type="checkbox"/> Germe :		
RISQUE DE CHUTES :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
Quels problèmes limitent les déplacements :				
.....				
.....				

SUIVI PSYCHOLOGIQUE ET SOCIAL : OUI NON

Si OUI, intervenants (noms, spécialités, téléphones) :

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

Pour tout patient ayant une prise en charge, il est **impératif de joindre** à ce document un compte-rendu récent du spécialiste.

TRAITEMENTS EN COURS (joindre OBLIGATOIREMENT une copie de l'ordonnance à cette fiche).

Si cela n'a pas déjà été réalisé, et afin d'admettre votre patient dans les meilleures conditions possibles, nous vous remercions de bien vouloir faire réaliser un **BILAN SANGUIN AU MAXIMUM 3 MOIS AVANT SON ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT** : NFS, CRP, albumine, uricémie, créatininémie, ionogramme, calcémie, glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique, TSH, TGO, TGP, et pour les patients diabétiques une hémoglobine glyquée.

Tout patient de plus de 40 ans ou diabétique doit arriver avec un **bilan cardiaque de moins de 1 an et au moins un ECG.**

Si votre patient présente une contre-indication à la balnéothérapie (mycose, infection cutanée, digestive, cuir chevelu...), nous vous remercions de bien vouloir procéder à **UN TRAITEMENT INTENSIF D'AU MOINS 8 JOURS** (selon la pathologie) afin qu'il puisse bénéficier de cette activité lors de son séjour au sein du centre.

DATE :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR : Dr.

TÉLÉPHONE FIXE : **NUMÉRO DE FAX :**

ADRESSE MAIL :

SIGNATURE ET CACHET :

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

AVIS DE LA COMMISSION D'ADMISSION DU :

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

Un compte-rendu d'hospitalisation sera envoyé au médecin dans les meilleurs délais après la sortie du patient.