

**Centre Diététique Saint-Jean** Soins de Suite et de Réadaptation (hospitalisation complète et de jour)  
Villa Vertaubanne - Le Mont des Oiseaux – 83320 Carqueiranne  
[www.cds-saintjean.com](http://www.cds-saintjean.com)

S.A. au capital de 61 742 € - R.C.TOULON 64 B - DOMI : 830100863 – APE : 8610Z  
Tél : 04 94 12 34 60 – Fax : 04 94 12 34 66 - e-mail : [admissionqualite.carqueiranne@orpea.net](mailto:admissionqualite.carqueiranne@orpea.net)

Madame, Monsieur,

Le service d'hospitalisation complète offre une prise en charge éducative thérapeutique pluridisciplinaire des troubles nutritionnels avec ou sans pathologie associée.

Pour toute **demande d'hospitalisation complète** dans notre établissement, il est **IMPERATIF** de remplir et de nous retourner les documents suivants :

- 1. Formulaire administratif à renseigner par vos soins et à nous retourner** (sans oublier d'y joindre la photocopie de l'attestation des droits sécurité sociale et photocopie de la carte mutuelle).
- 2. Formulaire médical à renseigner par votre médecin et à nous retourner.** (*Vérifier que votre médecin a bien apposé son cachet et sa signature sur la demande*).
- 3. Lettre de motivation**
- 4. L'ordonnance contenant la totalité des traitements, toutes spécialités confondus, en spécifiant les ALD.**
- 5. Un compte rendu et les résultats du bilan cardiovasculaire, un électrocardiogramme et un certificat d'aptitude à l'activité physique de moins de 3 mois.**
- 6. Un bilan biologique datant de moins de 3 mois** (NFS-P, Glycémie à jeun, HbA1C si patient diabétique, Ionogramme, urée, créatinine et clairance, EAL, TSHus, ASAT, ALAT, gammaGT, PAL, Albumine et CRP si patient  $\geq 65$  ans)
- 7. 3 photos d'identité couleur**

Votre dossier médical sera transmis à la Commission Pluridisciplinaire d'Admission de notre établissement pour avis. Vous recevrez un courrier pour vous faire part de sa décision (accord d'admission ou refus d'admission).

Si un accord d'admission est prononcé, vous serez contacté pour programmer votre admission.

### Les démarches administratives :

Vous relevez du régime général de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Var :

- Faire une mise à jour de votre carte vitale

Vous relevez du régime général d'un autre département ou d'un régime différent :

La prise en charge de votre séjour doit être soumise à une entente préalable pour admission en service de soins. Ce document est à compléter par votre médecin traitant et à transmettre au service médical de votre caisse de sécurité sociale, qui si accord, vous délivrera une prise en charge de séjour.

### Frais à acquitter le jour de votre admission:

Si la prise en charge est établie à 100% vous serez redevable :

- du montant du forfait journalier hospitalier, soit 18,00 euros par jour, sauf si une prise en charge est établie par votre mutuelle.

Si la prise en charge est établie à 80%, vous serez redevable :

- du ticket modérateur : 20% du prix de journée
- du forfait d'entrée : 20 % du forfait d'entrée
- du forfait de sortie : 18,00 euros

sauf si une prise en charge est établie par votre mutuelle.

#### Mutuelle.

Avant d'organiser votre admission nous vous invitons à vous rapprocher de votre mutuelle afin de connaître les modalités de remboursement concernant le forfait journalier ainsi que le montant attribué pour la chambre particulière. Pour cela vous devez leur communiquer les codes correspondants à notre établissement :

Code FINESS : **830100863**

Code DMT : **171**

La mutuelle vous délivrera une prise en charge dès que nous aurons défini une date d'entrée.

### Chambres particulières

L'établissement dispose de plusieurs catégories de chambres.

Confort des chambres :

- Confort 1 : douche + lavabo
- Confort 2 : confort 1 + vue mer
- Confort 3 : confort 2 + wc + balcon ou terrasse

L'établissement dispose de 3 chambres doubles sans supplément de prix.

#### Activités sportives.

Munissez-vous d'une tenue appropriée : short ou jogging et tee-shirt, chaussettes, chaussures adaptées maillot de bain et serviette (balnéothérapie)

#### Régime alimentaire particulier.

Anneau gastrique, allergie, aversion alimentaire, interdits religieux : contacter le service diététique au 04 94 12 34 68.

#### Consultations externes

Durant votre séjour aucune consultation externe ne pourra avoir lieu sans l'accord du médecin de l'établissement, seul les rendez-vous importants seront maintenus.

Avant votre séjour, merci d'informer les admissions des rendez-vous externes préexistants.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de nos sentiments distingués.

La Direction

**FORMULAIRE MEDICAL**  
(A renseigner par le médecin)

◆ **Coordonnées du patient :** Nom, prénom : .....

◆ **Coordonnées des médecins :**

Nom et prénom du médecin prescripteur de l'hospitalisation : .....

Adresse actuelle : .....

Ville : ..... Code postal :

Nom et prénom du médecin traitant (*si différent*) : .....

Adresse actuelle : .....

Ville : ..... Code postal :

◆ **Motif de la demande d'admission :**

Obésité ≤ DID ≤ DNID ≤ Autre : .....

Taille : ..... Poids : ..... IMC : .....

◆ **Prise en charge antérieure :**

**Premier recours**

*Nous vous rappelons les recommandations de bonnes pratiques HAS :*

*Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique de premier recours coordonnée par le médecin traitant, dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.*

*En cas d'échec de cette prise en charge, le patient pourra être orienté vers une prise en charge de second et troisième recours (SSR HDJ, SSR HC).*

Démarches thérapeutiques entreprises :

≤ conseils diététiques : .....

≤ intervention visant à augmenter l'activité physique : .....

≤ approches psychologique et cognitivo-comportementale : .....

Observations .....

**Second ou troisième recours**

≤ Hospitalisé(e) en HC – nom de l'établissement : .....

dates : ..... – durée : .....

≤ Hospitalisé(e) en HDJ – nom de l'établissement : .....

dates : ..... – durée : .....

◆ **Antécédents médicaux :**

Orthopédiques :.....  
Cardio-vasculaires :.....  
Endocriniens :.....  
Psychiatriques .....  
Autre(s) :  
.....  
.....

◆ **Antécédents chirurgicaux :**

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

◆ **Prise en charge psychologique et/ou psychiatrique :**

Hospitalisations : OUI ☒ NON ☒  
Si oui : dates, mode d'hospitalisation et motifs : .....  
.....  
....

Nom et coordonnées du psychologue et/ou du psychiatre : .....  
.....

Y a t- il un risque suicidaire : OUI ☒ NON ☒

◆ **Autonomie physique :**

Existe-t-il un ou des handicaps physiques : OUI ☒ NON ☒ Si oui, préciser : .....  
.....

Ce patient est en fauteuil roulant : OUI ☒ NON ☒

Troubles sphinctériens : OUI ☒ NON ☒

Ce patient est autonome pour tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, autonomie de déplacement) : OUI ☒ NON ☒

Si non, préciser les aides nécessaires : .....  
.....  
....

**Traitement médicamenteux (en cours et à poursuivre) :**

☒ Oral :..... Injectable :.....  
☒ Autre :.....

**Observation(s) complémentaire(s) du médecin :**

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

**◆ certificat médical pour la pratique d'activité physique adaptée :**

Je soussigné(e), ....., docteur en médecine certifie avoir, examiné M./Mme/l'enfant..... et avoir constaté, ce jour,

- l'ABSENCE DE SIGNE CLINIQUE CONTRE INDIQUANT la pratique d'une Activité Physique Adaptée (APA) encadrée.
- une INAPTITUDE : Partielle  Totale
- pour toute la durée de son hospitalisation
- pour une durée de.....à compter de ce jour

à la pratique d'une Activité Physique Adaptée (APA) encadrée.

**Afin de permettre une adaptation de l'enseignant en APA aux possibilités du patient, il est nécessaire :**

D'aménager les activités physiques qui sollicitent les articulations **et en particulier les articulations suivantes** (Cocher les mentions utiles et préciser le motif) :

Cheville <input type="checkbox"/>	Genoux <input type="checkbox"/>	Hanche <input type="checkbox"/>	Epaule <input type="checkbox"/>	Rachis <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

***La douleur doit être en signe d'appel pour arrêter l'activité***

D'aménager les activités physiques qui sollicitent **les fonctions cardio-respiratoires.**

***Nous veillerons à :***

- Privilégier les activités d'intensité modérée de durée prolongée***
- Permettre au patient de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire***
- Adapter son temps de récupération***
- L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité***

Autres recommandations (à préciser) :.....

**L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à ce patient au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, il est important d'inciter le patient à participer aux séances d'APA durant son hospitalisation. Il nous semble donc important de valoriser sa participation en toutes circonstances.**

Fait à : ..... le : .....

Cachet et signature du médecin (Obligatoires) :

**FORMULAIRE ADMINISTRATIF**  
(A renseigner par le patient)

**◆ Identité :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe M  F   
Situation familiale : Célibataire  Divorcé(e)  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)   
Nombre d'enfants : .....  
Profession : ..... Nationalité : .....

Adresse actuelle : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

**◆ Prise en charge :**

Numéro SS : .....  
Caisse d'Assurance maladie : .....  
Adresse : .....  
Mutuelle : ..... N°d'Adhérent .....  
Adresse : ..... Téléphone : .....

**◆ Informations générales :**

Personne à prévenir : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....

**◆ Mesures de protection :**

Curatelle  Tutelle  En cours   
Nom et coordonnées de la personne ou du service en charge de la mesure : .....  
Téléphone : .....  
Suivi social : OUI  NON  Si oui, nom et coordonnées du référent : .....  
Téléphone : .....

**◆ Période souhaitée pour admission : (obligatoirement moins de 3 mois à partir de la demande établie) :**

**Joindre impérativement à la fiche de pré-admission :**  
**La photocopie de l'attestation des droits sécurité sociale,**  
**La carte mutuelle recto/verso,**  
**La lettre de motivation.**

◆ Fait à :

◆ Le :

◆ Signature :

## **LETTRÉ DE MOTIVATION**

Afin d'apprécier au mieux la pertinence de votre hospitalisation, nous vous demandons de rédiger une lettre de motivation explicitant les raisons d'entreprendre une prise en charge au sein de notre établissement et celles expliquant votre choix pour l'hospitalisation de jour ou complète.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DATE :**

**SIGNATURE :**