



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION
Spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire

DOSSIER D'ADMISSION DE

NOM :

Prénom :

Le dossier d'admission se compose de deux parties :

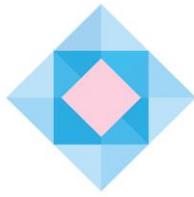
- **Fiche médicale d'admission remplie et signée par le médecin prescripteur accompagnée d'un bilan complet de moins d'1 mois :**
 - NFS, VS, Plaquettes, Glycémie à jeun
 - Na, K, Créatinine, Calcium corrigé, Phosphore
 - Albumine, Préalbumine
 - Ferritine, TSH, Bilan hépatique

- **Dossier administratif avec pièces justificatives rempli par le patient :**
 - Ordonnance des traitements en cours
 - Photocopies : Carte d'identité, vitale et mutuelle, Attestation sécurité sociale, ALD.

Seuls les dossiers complets seront traités.

Docteur Laetitia LEGENDRE
Docteur Mireille YUAN

Docteur Baptiste LEVEQUE
Docteur Marc-Henri BANDELIER



FICHE MÉDICALE D'ADMISSION

A remplir par le médecin

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 :

Nationalité : Profession :

Protection juridique : Tutelle Curatelle

➤ Coordonnées :
.....

PROVENANCE DU PATIENT

Domicile

Hospitalisation

➤ Lieu :

➤ Date d'hospitalisation :

➤ Retour à domicile avant admission :

CONTRE INDICATIONS A L'ADMISSION

-Addictions sans prises en charge

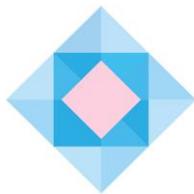
-Age ≤ 18 ans

-Affections contagieuses

-IMC ≤ 13

-Autonomie insuffisante

-Affections mentales non stabilisées



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

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 :

Type d'hospitalisation à envisager :

- HOSPITALISATION COMPLETE
- HOSPITALISATION DE JOUR
- A DEFINIR



ETAT DE SANTE ACTUEL

Taille :

Poids :

IMC :

Allergies :

**ANTECEDENTS MEDICAUX
(DONT HOSPITALISATIONS)**

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

**ANTECEDENTS
PSYCHIATRIQUES
(DONT HOSPITALISATIONS)**

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

DEPENDANCES

Le patient consomme-t-il ?

- De l'alcool oui non fréquence :
- Du tabac oui non fréquence :
- Des laxatifs oui non fréquence :
- Cannabis oui non fréquence :
- Autres (médicaments, jeux, etc.) oui non
 - Type :
 - Fréquence :

ETAT PSYCHOLOGIQUE

Le patient a-t-il présenté des idées suicidaires au cours du dernier mois ? oui non

Si oui, précisez :

.....

.....



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

Autres informations importantes à savoir :

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

AUTONOMIE

Toilette :

- Autonome Partiellement dépendant Dépendant

Marche :

- Autonome Partiellement dépendant Dépendant

➤ Type d'aide à la marche :

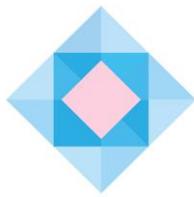
Le patient bénéficie-t-il d'aides à domicile ?

- Oui Non

➤ Types :

➤ Nombre d'heures par semaine :

➤ Organisme :



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

Patient :

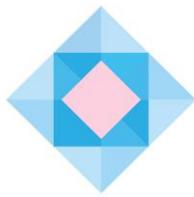
NOM :

Prénom :

Date de naissance :

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 :

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

Date de rédaction du dossier :

Signature et cachet du médecin demandeur :



DOSSIER ADMINISTRATIF

A remplir par le patient

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Sexe :

Date de naissance : ___ / ___ / ____

Adresse :

Ville : Code Postal :

Tel fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Tel port : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Adresse mail :

Situation familiale :

Nationalité : Profession :

Protection juridique : Tutelle Curatelle

➤ Coordonnées :
.....

PERSONNES A PREVENIR

Lien de parenté :

Nom..... Prénom..... N° Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Lien de parenté :

Nom..... Prénom..... N° Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Lien de parenté :

Nom..... Prénom..... N° Tél ___ / ___ / ___ / ___ / ___



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

SÉCURITE 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 prise en charge par votre mutuelle :

Début souhaité d'hospitalisation :

Montant de prise en charge de la chambre particulière par la mutuelle :

Séjour souhaité en chambre particulière Séjour souhaité en chambre double

Une chambre particulière vous sera attribuée en fonction de la prise en charge de votre mutuelle ainsi que des disponibilités.