



### DOSSIER D'ADMISSION

NOM : ..... Prénom : .....

Le dossier d'admission se compose de plusieurs parties :

- **Fiche médicale d'admission remplie et signée par le médecin prescripteur**
- **Ordonnances des traitements en cours**
- **Résultats de bilan sanguin de moins d'un mois :**
  - NFS, VS, Plaquettes, Glycémie à jeun
  - Na, K, Créatinine, Calcium corrigé, Phosphore
  - Albumine, Préalbumine
  - Ferritine, TSH, Bilan hépatique
- **Dossier administratif rempli par le patient**
- **Photocopies des pièces justificatives :**
  - **Cartes d'identité, vitale et mutuelle,**
  - **Attestation sécurité sociale**
  - **ALD**

#### Type d'hospitalisation envisagée et critères d'admission :

HOSPITALISATION COMPLETE :  HOSPITALISATION DE JOUR  A DEFINIR

- IMC :

- IMC > 14

> 13 pour les patients de région Bourgogne

> 13.5 pour les patients de Franche-Comté

> 14 pour les patients d'autres régions

- Absence d'addiction sévère / non sevrée à l'alcool ou drogues dures

- Absence de risque suicidaire immédiat

- Autonomie dans les gestes de la vie quotidienne

Médecins coordonnateurs :

**Docteur Bertrand DEVOS (HDJ)**

**Docteur Florentine DUCHERPOZAT (HC)**

Médecin psychiatre :

**Docteur Bernard GREPPO**

JOUV.PPA.FOR.002V16



# FICHE MÉDICALE D'ADMISSION

A remplir par le médecin

## IDENTITE DU PATIENT

NOM : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Sexe : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## PROVENANCE DU PATIENT

- Domicile : Ville = .....
- Hospitalisation
- Lieu : .....
  - Service : ..... Tél : .....
  - Date d'hospitalisation : .....
- Retour à domicile avant admission :     OUI     NON

## COORDINATION DES SOINS

### Médecin traitant

Adresse :

Tel :

### Médecin psychiatre

Adresse :

Tel :

### Autres intervenants

Tous professionnels médicaux ou non



**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 drogues dures  oui  non fréquence : .....
- Cannabis  oui  non fréquence : .....
- Autres (médicaments, jeux, etc.)  oui  non

➤ Type : .....

➤ Fréquence : .....

**AUTONOMIE**

**Toilette :**

- Autonome  Partiellement dépendant  Dépendant

**Marche :**

- Autonome  Partiellement dépendant  Dépendant

➤ Type d'aide à la marche : .....

JOUV.PPA.FOR.002V16



## HISTOIRE DU TCA (Trouble du comportement alimentaire)

### Diagnostic et description du TCA :

Date de début des troubles : .....

Diagnostic initial: .....

Diagnostic actuel (si différent) : .....

### Description des troubles:

Facteurs déclenchants éventuels : .....

.....

Facteurs aggravants éventuels : .....

.....

Vomissements :  OUI  NON

Consommation abusive de laxatifs :  OUI  NON

Hyper Activité Physique :  OUI  NON

Consommation de substances amaigrissantes :  OUI  NON

Arrêt de travail en lien avec les TCA ? :  OUI  NON

ALD 23 :  OUI  NON

Bonne Observance thérapeutique :  OUI  NON

Perception de mise en danger :  OUI  NON

Idées suicidaires :  OUI  NON

### Description de l'état psychologique actuel :

.....

.....

.....

.....

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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  Aucune

➤ 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 \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

## SÉCURITE SOCIALE (merci de joindre la photocopie de l'attestation vitale)

Nom de la caisse d'assurance maladie : .....

N° de l'organisme de rattachement : ..... Code gestion : .....

Adresse : .....

N° de sécurité social de l'assuré : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

ALD :  OUI  NON Si OUI, Merci de nous fournir une copie du protocole de soin

JOUV.PPA.FOR.002V16



**MUTUELLE** (merci de joindre la photocopie)

Nom et adresse : .....

.....

.....

N° d'adhérent : .....

**PRISE EN CHARGE DU SÉJOUR**

Informations nécessaires pour effectuer votre demande de prise en charge auprès de votre mutuelle :

- FINESS établissement : 210007399
- Code DMT : 171 (SSR)

Durée prise en charge par votre mutuelle : .....

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

Date souhaitée d'hospitalisation : ..... ou  Dès que possible

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.**

**Merci de nous transmettre ce dossier complété ainsi que les pièces justificatives demandées :**

- Par mail : [jouvence.accueil@inicea.fr](mailto:jouvence.accueil@inicea.fr)
- Par voie postale : **INICEA JOUVENCE NUTRITION**  
**18 rue des Alisiers**  
**21380 MESSIGNY ET VANTOUX**
- Par FAX : **03.80.60.02.61**