



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.

CONTRE INDICATIONS A L'ADMISSION

- | | |
|-------------------------------------|---|
| -Addictions sans prises en charge | -IMC : |
| -Age ≤ 18 ans | <13 pour les patients de région Bourgogne |
| -Affections contagieuses | < 13.5 pour les patients de Franche-Comté |
| -Autonomie insuffisante | < 14 pour les patients d'autres régions |
| Affections mentales non stabilisées | |

Seuls les dossiers complets seront traités.

**Docteur Laetitia LEGENDRE
Docteur Mireille YUAN**

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 : ___ / ___ / ___

PROVENANCE DU PATIENT

Domicile : Ville =

Hospitalisation

➤ Lieu :

➤ Date d'hospitalisation :

Retour à domicile avant admission : OUI NON

PRISE EN CHARGE MEDICALE - COORDINATION DES SOINS

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

JOUV.PPA.FOR.002V14



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 le risque suicidaire actuel :

.....

.....

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 :

L'HISTOIRE DU TCA (Trouble du comportement alimentaire)

Diagnostic et description du TCA

(Anorexie restrictive, boulimie, compulsions alimentaires graves...)

.....

.....

.....

.....

.....

Histoire de la maladie :

.....

.....

.....

.....

.....

Motivations du patient:

.....

.....

.....

.....

.....

JOUV.PPA.FOR.002V14



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

Patient :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Traitement actuel :

Médicaments et leurs dosages	Quantité délivrée à chaque prise			
	matin	midi	soir	nuit

Date de rédaction du dossier :

Signature et cachet du médecin demandeur :

JOUV.PPA.FOR.002V14



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 ___ / ___ / ___ / ___ / ___

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 ___ / ___ / ____



CLINIQUE
JOUVENCE NUTRITION

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.

JOUV.PPA.FOR.002V14