



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



**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





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.**