

## INFORMATIONS POUR VOTRE SEJOUR A L'U.M.N

Madame, Monsieur,

Vous souffrez d'un trouble nutritionnel avec ou sans pathologie associée et vous souhaitez être pris en charge au sein de notre unité.

Voici plusieurs renseignements qui vous seront utiles :

### DEMANDE D'ADMISSION

Pour toute demande d'hospitalisation dans notre unité, il est **IMPERATIF** de remplir les 2 formulaires :

- **Formulaire administratif** (à renseigner par vos soins),
- **Courrier médical ou Formulaire médical** (à renseigner par votre médecin)

*Accompagnés de l'ensemble des documents suivants :*

- La photocopie de la carte d'identité recto-verso,
- La photocopie de votre attestation de sécurité sociale à jour,
- La photocopie de votre carte mutuelle à jour,
- L'ensemble des bilans médicaux et paramédicaux de moins de 1 an,
- La photocopie de l'ordonnance si traitement en cours.

L'ensemble du dossier sera transmis à La Commission Pluridisciplinaire d'Admission de notre établissement pour avis. Notre secrétariat prendra contact avec vous pour vous faire part de la décision (accord d'admission ou refus d'admission).

Si un accord d'admission est prononcé, vous serez contacté pour programmer votre admission (votre 1<sup>ère</sup> venue).

### DEMARCHES ADMINISTRATIVES

Pour une prise en charge des frais de séjour par votre régime obligatoire :

Vous relevez du régime général de La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Bouches-du Rhône :  
Faites 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 Medical de votre caisse de sécurité sociale, qui si accord, vous délivrera une prise en charge de séjour.

Vous devez leur communiquer les codes correspondant à notre établissement :

- Le code DMT Hospitalisation enfant et adolescent est : **624 04**
- Le code DMT Hospitalisation adulte est : **172 04**
- Le code FINESS est : **130044662**

En cas d'incapacité de déplacement:

Faites établir une prescription médicale de transport en série par votre médecin.

Ce document est à transmettre au service médical de votre caisse de sécurité sociale pour accord.

### ADMISSION

L'U.M.N offre une prise en charge thérapeutique et éducative pluridisciplinaire personnalisée, vous permettant d'atteindre vos objectifs et de modifier durablement vos comportements en devenant acteur de votre santé.

Pour cela il vous est demandé d'apporter lors de votre 1<sup>ère</sup> venue :

- un chèque de caution de **140€**.

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

L'équipe de L'U.M.N

## FORMULAIRE ADMINISTRATIF ADULTE (A renseigner par le patient)

### IDENTITE DU PATIENT

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 Sécurité Sociale : .....

Caisse d'Assurance Maladie : .....

Adresse : .....

CMU

ALD

Mutuelle : ..... N° d'Adhérent : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### INFORMATIONS GENERALES

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 : .....

## SITUATION ACTUELLE

Poids : ..... kg      Taille : ..... m

Allergie(s) alimentaire(s) : .....

Interdit(s) religieux : .....

Régime alimentaire particulier : .....

Fait à : ....., le ..... / ..... / .....

Signature :

## COURRIER MEDICAL OU FORMULAIRE MEDICAL (A renseigner par le médecin)

### COORDONNEES DU PATIENT

Nom, Prénom : .....

### COORDONNEES DES MEDECINS

Nom, Prénom du médecin prescripteur de l'hospitalisation : .....

Adresse actuelle : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Nom, Prénom du médecin traitant (si différent) : .....

Adresse actuelle : .....

Ville : ..... Code postal : .....

### MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

Obésité       DID       DNID       Autre, précisez : .....

Taille : ..... m      Poids : ..... kg      IMC : .....

### PRISE EN CHARGE ANTERIEURE

#### 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**

- Hospitalisation en HC - nom de l'établissement : .....  
Dates : ..... - Durée : .....
- Hospitalisation en HDJ - nom de l'établissement : .....  
Dates : ..... - Durée : .....

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

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

**ANTECEDENTS 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 (pédo)psychiatre : .....  
.....  
.....

Y a-t-il un risque suicidaire :  Oui  Non



**Si possible,  
Nous vous remercions de fournir les documents suivants pour étude du dossier :**

- Une ordonnance duplicata contenant la **totalité** des traitements, **toutes spécialités confondues**, en spécifiant les ALD.
- Un **bilan biologique** ( 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) **datant de moins de 3 mois**.
- Un **bilan cardiaque datant de moins de 3 mois** (pour enfants de + de 12 ans et adultes).
- Un **certificat de non contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée**.

## CERTIFICAT MEDICAL POUR LA PRATIQUE D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

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.
- Un besoin d'**ADAPTATION** de l'Activité Physique Adaptée (APA) encadrée:
  - pour toute la durée de son hospitalisation
  - pour une durée de ..... à compter de ce jour

Pour cela il serait nécessaire:

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

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

**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) :

## QUESTIONNAIRE SOCIAL

**Nom et prénom du Patient** : .....

*A remplir par le représentant légal.*

*Répondez aux questions en cochant les cases Oui ou Non*

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?  Oui  Non
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?  Oui  Non
3. Vivez-vous en couple ?  Oui  Non
4. Etes-vous propriétaire de votre logement ?  Oui  Non
5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?  Oui  Non
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non
7. Etes-vous allé voir un spectacle au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non
8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?  Oui  Non
10. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?  Oui  Non
11. En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?  Oui  Non

## REGLES DE VIE de l'U.M.N.

L' Unité Méditerranéenne de Nutrition est un lieu de soin à part entière. Ces règles de vie entrent dans le « cadre de soin », que vous définirez avec l'ensemble de l'équipe médicale, et qui requiert donc votre entière adhésion.

Le non-respect de ces règles implique une remise en cause, du soin et/ou de la sécurité des lieux et des personnes. Il peut donner Lieu à l'exclusion de l'établissement.

Pour les équipes, ce règlement que vous devez signer et sur lequel vous vous engagez, est aussi un document contractuel. Chaque membre de l'équipe est habilité à faire respecter ce document.

1 - Pour le bon déroulement des ateliers et le respect des autres patients, l'**accueil** se fait à partir de **8h30**.

Vous devez respecter l'ensemble des jours et horaires des venues ainsi que la programmation des activités et consultations de votre projet thérapeutique.

Pour tout empêchement, veuillez prévenir et justifier votre absence ou retard **au plus tard 48h avant** auprès du secrétariat au **04 91 17 24 00**.

2 - Les **sorties temporaires** sont autorisées uniquement pour les personnes majeures et sur validation de l'équipe.

3 - Pour votre sécurité, nous vous demandons de ne pas emmener **de boissons alcoolisées et de drogues**.

4 - Nous vous conseillons de ne pas apporter d'**objets de valeur** (argent, cartes de crédit, documents...) ou de les déposer au coffre de l'établissement, qui ne pourra toutefois pas recevoir d'objets volumineux (ordinateur portable, sac à main, attaché-case...). Des vestiaires sécurisés sont également à votre disposition pour déposer vos effets personnels. La direction n'est pas responsable des vols ou de la disparition d'objets personnels.

5 - Pour respecter le **secret médical**, enregistrer, photographier, et filmer dans l'enceinte de l'établissement est strictement interdit, il en est de même de la diffusion de tous documents sur les réseaux sociaux.

6 - Une **tenue vestimentaire** correcte et une attitude respectueuse (absence de comportements équivoques) sont exigées de tous.

Pour votre confort, il est vous ai demandé d'apporter pour les activités physiques et sportives :

- Une tenue adaptée (jogging et/ou short, tee-shirt et/ou débardeur, chaussures de sport)
- Une bouteille d'eau

7 - L'**accès au restaurant** est soumis à un règlement intérieur spécifique ainsi qu'à des règles d'hygiène et il est demandé au patient de s'y conformer.

8 - Les **téléphones portables** devront être éteints lors des repas, activités, consultations et temps calmes.

9 - Conformément au décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'**interdiction de fumer** dans les lieux affectés à un usage collectif, il est demandé ne pas fumer au sein de l'unité (même avec les fenêtres entrouvertes).

L'interdiction de fumer s'entend sans distinction de contenu ou d'outil. Sont donc interdits tous Les dispositifs avec fumée et sans, comme la cigarette électronique par exemple.

## CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCENDIE

Les consignes sont affichées à chaque entrée de service. Les patients sont priés d'en prendre connaissance dès leur arrivée dans l'établissement.

## CONSEQUENCES DU NON RESPECT DU PRESENT REGLEMENT INTERIEUR

La Direction et les Médecins de l'unité déclinent toute responsabilité concernant les sorties sans permission, transactions, trafics, pertes d'argent ou d'objets de valeur, incidents ou accidents, quels qu'ils soient et qui pourraient survenir si les patients et leurs familles (ou correspondants, accompagnateurs et visiteurs) enfreignaient les règles susnommées ou contrevenaient à tout ou partie des règlements écrits de l'unité.

Dans Le cas du non-respect de ces règles de vie, l'interruption de l'hospitalisation pourra être prononcée par le Directeur après avis médical. Il s'agit là d'une sortie disciplinaire. Il en sera de même, si le patient se rend responsable à l'occasion de sorties, d'incidents graves a l'extérieur de l'unité ou d'actes de violence.

**NB :** les dégradations, volontaires et involontaires au sein de l'unité, seront facturées au patient ou à sa famille.

L'établissement ne peut admettre ou conserver les patients atteints de maladies contagieuses, les patients agités, les patients refusant de collaborer avec l'équipe soignante ou de suivre les prescriptions à visée thérapeutique.

Dans ces cas précis, l'unité se réserve le droit de refuser une hospitalisation ultérieure.

Date : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du patient ou de son représentant légal : .....

### Signatures :

Directrice

Médecins

Référent admission

Patient