



Clinique Mutualiste Bénigne Joly

**DEMANDE D'ADMISSION
AU SSR EDITH CAVELL
POLE SANTE MUTUALISTE VALMY**

Réf : FOR-499
Version : 4
Date de modification : 22/02/2021
Page 1 sur 4

Dossier médical (à remplir par le médecin)

Patient

NOM : _____ Prénom : _____
NOM DE NAISSANCE : _____
Sexe : M / F Date de naissance : _____ Age : _____

Motif de la demande de prise en charge en SSR

.....
.....

Pour une admission au SSR nutrition :

- ☐ Diabète (en hospitalisation complète)
☐ Affections digestives (en hospitalisation complète)
- ☐ Programme d'ETP nutrition obésité
(durée : 4 semaines, patients de 18 à 70 ans
Maîtrisant la langue française parlée/lue/écrite) } ☐ en hospitalisation complète
☐ en hospitalisation de jour
(domicile < 50 km, véhiculé)

Médecin traitant :

Spécialistes et professionnels en lien avec la pathologie :

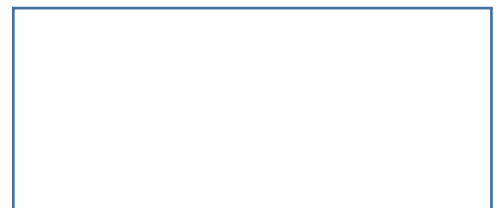
Endocrinologue :	Gériatre :
Pneumologue :	Psychiatre :
Cardiologue :	Neurologue :
Psychologue :	Ergothérapeute :
Diététicien(ne) :	Orthophoniste :
Chirurgien :	Assistant(e) social(e) :

Médecin signataire de cette demande d'admission :

Date et signature :

Tampon :

A, le/...../.....



Pôle santé mutualiste Valmy – SSR E. CAVELL - Centre de nutrition

27 avenue Françoise GIROUD 21000 DIJON

Tel: 03 80 41 16 66 - Fax: 03 80 43 00 73

ssr-nutrition@clinique-talant.fr – www.clinique-dijon.fr

**Etat de santé**

Poids : Taille : IMC :

Perte de poids ☐ Prise de poids ☐ % de variation sur les 6 derniers mois :**Traitement en cours** (ou joindre une photocopie de l'ordonnance)

- ☐
- ☐
- ☐

Antécédents médicaux et/ou psychiatriques :**Antécédents chirurgicaux :****Comorbidités actives :**

Portage de Bactérie multi-résistante (BMR) : OUI - NON - NE SAIT PAS

Allergies :**Intolérances médicamenteuses ou alimentaires :****Régime spécifique :****Addictions :** ☐ Médicaments ☐ Tabac ☐ Alcool
☐ Drogues ☐ Compulsions alimentaires ☐ Autres (achats, jeux, ...) :**Etat dentaire** (appareillage, dents absentes, état gingival, ...) :**Dernier bilan biologique** (si disponible, fournir une photocopie)**Soins spécifiques et surveillances particulières (cocher si concerné)**

- | | |
|--|--|
| ☐ SAS appareillé | ☐ Oxygénothérapie |
| ☐ Nutrition Entérale | ☐ Sonde trachéale |
| ☐ Nutrition parentérale | ☐ Sonde urinaire |
| ☐ Stomie | ☐ Escarres, pansement |
| ☐ Surveillance particulière : | ☐ Autres soins techniques : |

Pour admission en SSR NUTRITION :

>> Joindre un certificat d'aptitude à la reprise d'une activité physique



Clinique Mutualiste Bénigne Joly

**DEMANDE D'ADMISSION
AU SSR EDITH CAVELL
POLE SANTE MUTUALISTE VALMY**

Réf : FOR-499
Version : 4
Date de modification : 22/02/2021
Page 3 sur 4

Autonomie

- | | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| ✓ Se déplace seul | ☐ oui | ☐ avec aide | ☐ non |
| ✓ Transferts seul | ☐ oui | ☐ avec aide | ☐ non |
| ✓ S'habille seul | ☐ oui | ☐ avec aide | ☐ non |
| ✓ Fait sa toilette seul | ☐ oui | ☐ avec aide | ☐ non |
| ✓ Mange seul | ☐ oui | ☐ avec aide | ☐ non |

Troubles de l'humeur : OUI – NON

Troubles du comportement : OUI – NON

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Anxiété | ☐ Dépression, dysphorie | ☐ Apathie, indifférence |
| ☐ Désinhibition | ☐ Hallucinations | ☐ Irritabilité, instabilité de l'humeur |
| ☐ Exaltation, euphorie | ☐ Agitation, agressivité | ☐ Comportement moteur aberrant |
| ☐ Appétit, troubles de l'appétit | ☐ Idées délirantes | |
| ☐ Troubles du sommeil | ☐ Risque d'errance | |

Conditions de vie

Vit seul : ☐ OUI ☐ NON ☐ Domicile ☐ Ehpad ☐ Autre :

Aidants identifiés (lien avec le patient) :

- | | |
|--|---|
| ☐ Aide à domicile | ☐ Equipe spécialisée Alzheimer |
| ☐ Passage infirmier | ☐ Accueil de jour |
| ☐ SSIAD | ☐ Autre : |

Difficultés sociales (pécuniaires, familiales, logement, ...) :

Objectifs de sortie :

☐ Retour à domicile OU ☐ Institution > Demande en cours : Lieu :
Motif :

Pôle santé mutualiste Valmy – SSR E. CAVELL - Centre de nutrition

27 avenue Françoise GIROUD 21000 DIJON

Tel: 03 80 41 16 66 - Fax: 03 80 43 00 73

ssr-nutrition@clinique-talant.fr – www.clinique-dijon.fr



Dossier administratif (à remplir par le patient)

NOM : **Prénom** : Nom de naissance :
Sexe : M / F **Date de naissance** :/...../.....
Situation familiale : **Profession** :
Adresse :
Téléphone : **E-mail** :

Personne de confiance : **Nom** : **Prénom** : **Tél** :
Lien de parenté

Personnes à prévenir : 1. **Nom** : **Prénom** : **Tél** :
Lien de parenté
2. **Nom** : **Prénom** : **Tél** :
Lien de parenté

Protection juridique : Mandataire

Médecin traitant : **Nom** : **Prénom** : **Tél** :

Sécurité sociale n° :

Nom Caisse d'assurance maladie : **Adresse** :

N° organisme de rattachement : **Code de gestion** :

ALD : OUI – NON > **Motif** :

CMU : OUI – NON **CMUC** : OUI – NON

Mutuelle : **Nom** : **Adresse** :

Souhait d'une chambre particulière (prise en charge selon mutuelle) OUI - NON

Partie réservée au SSR :

Avis médical : ☐ favorable ☐ défavorable

Si défavorable, préciser motif :



Clinique Mutualiste Bénigne Joly

**DEMANDE D'ADMISSION
AU SSR EDITH CAVELL
POLE SANTE MUTUALISTE VALMY**

Réf : FOR-499
Version : 4
Date de modification : 22/02/2021
Page 5 sur 4

	REDACTION	VERIFICATION	VALIDATION	APPROBATION
NOM	Myriam DUCHENNE	Elise DROUELLE	Dr FARAGUET ROPARS	Sophie BARBIER Jean Baptiste BOUVERET
FONCTION	IDE coordinatrice HDJ SSR NUTRITION	Technicienne Qualité Gestion des Risques	Médecin SSR	Aide au cadre SSR Directeur SSR
VISA	CF BLUEKANGO	CF BLUEKANGO	CF BLUEKANGO	CF BLUEKANGO