

## A L'EXCEPTION DES PATIENTS MINEURS OU PATIENTS SOUS TUTELLE

Madame, Monsieur,

ETIQUETTE PATIENT

Lors de votre séjour dans notre établissement, il vous est proposé de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou votre médecin traitant.

Cette personne, si vous le souhaitez, peut vous accompagner dans vos démarches et vous assister lors de vos entretiens médicaux. Elle sera consultée au cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle se doit de respecter la confidentialité des informations médicales vous concernant.

### **Nous vous remercions d'informer la personne que vous allez désigner.**

*La personne de confiance n'a pas le droit d'accès à votre dossier médical.*

Je soussigné(e), NOM..... PRENOM.....

→  Souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Cette personne de confiance, légalement capable, est :

Un parent     Un proche     Mon médecin traitant     Autre....

*J'ai été informé(e), que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation.*

→  Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant cette fiche de désignation.

Fait à..... Le.....

Signature du patient

Nous vous proposons une prise en charge pluridisciplinaire à visée éducative, par des intervenants qualifiés, tout au long de votre séjour **de 3 semaines**.

Cette prise en charge nécessite votre adhésion.

**Elle est adaptée à vos besoins, vos possibilités** et à vos antécédents médicaux.

Un emploi du temps vous sera remis à votre arrivée pour une semaine et sera réajusté pour la deuxième et troisième semaine, en fonction des bilans réalisés.

## La prise en charge médicale et paramédicale

### Médecin

- ✓ Consultation à l'arrivée puis suivi hebdomadaire jusqu'au bilan de sortie ;
- ✓ Prescription des activités physiques selon les possibilités de chacun ;
- ✓ Apports théoriques sur l'obésité et le diabète ;
- ✓ Consultation spécialisée diabète par un endocrinologue après validation par le médecin du service.

### Service infirmier

- ✓ Veuillez venir avec toutes vos ordonnances et votre traitement, encore sous emballage pour une durée de 48H. Pour les produits injectables de type insuline, amenez uniquement les stylos entamés. A votre arrivée, les infirmières récupéreront vos médicaments et vous les rendront à la fin de votre séjour. Nous utiliserons les médicaments de notre pharmacie lors de votre séjour.
- ✓ Evaluation et gestion de la douleur ;
- ✓ Aide dans les gestes de la vie quotidienne (toilette...) si besoin ;
- ✓ Soins infirmiers spécifiques sur prescription médicale (pansements, injections...);
- ✓ Éducation thérapeutique du patient diabétique. Votre entourage est cordialement invité à participer aux ateliers (si intéressé, prendre RDV au 02.54.71.19.06)

### Psychologue

- ✓ Bilan d'entrée en groupe ;
- ✓ Prise en charge individuelle ;
- ✓ Ateliers échanges/discussion ;

### Podologue

- ✓ Apports théoriques sur la prévention des complications du diabète au niveau du pied et conseils podologiques sous forme d'atelier collectif.
- ✓ Bilan de podologie pour les patients diabétiques sur prescription médicale.

### Service Diététique : Education Thérapeutique Diététique Obésité

- ✓ Prise en charge diététique individuelle :
  - menu hypocalorique personnalisé,
  - impédancemétrie (évaluation masse grasse),
  - consultations (diagnostic éducatif, objectifs personnalisés)
  - conseils de sortie avec remise de documents
- ✓ Education nutritionnelle en groupe :
  - ateliers de cuisine, (Votre entourage est cordialement invité à participer aux ateliers diététiques (si intéressé, prendre RDV au 02.54.71.15.27)
  - apports théoriques sur la nutrition.

## La prise en charge en Activité Physique :

### Par le Service de Rééducation : Education au Reconditionnement Physique

- ✓ Bilans individualisés lors de la première semaine ;
- ✓ Activités de Reconditionnement physique adaptées aux capacités évaluées. Elles ont pour finalités d'améliorer vos capacités d'endurance, d'équilibre, de coordination, de souplesse et de force ;
- ✓ Bilan de sortie avec recommandations personnalisées à la pratique de l'activité physique ;
- ✓ Conseils d'aides techniques pour la vie quotidienne lors d'un atelier animé par une ergothérapeute suivant l'évaluation des besoins par le rééducateur ;

### Par le Service Animation

- ✓ Activité marche en groupe pour se dynamiser, se soutenir, reprendre confiance en soi; adaptée aux difficultés de chacun. « Marche Plaisir »

### Par un éducateur sportif ou un enseignant en activités physiques adaptées

- ✓ Séance de gymnastique aquatique de 45 minutes, accessible à tous. **Il n'est pas nécessaire de savoir nager.** 5 séances d'aquagym durant le séjour de 21 jours, sauf WE et jours fériés.

Toutes ces informations sont indicatives et peuvent être adaptées en fonction des nécessités de service, et le cas particulier de chacun.

### Les Médecins du Service

Docteur HUARD Etienne

Docteur RIPOUTEAU-BOUCHEZ Isabelle

Je soussigné,.....Le.....déclare avoir pris connaissance de l'organisation du séjour.

## Contrat :

### Je m'engage à :

- ✓ Adhérer et participer activement au programme thérapeutique proposé,
- ✓ Respecter les horaires des activités et
- ✓ Respecter **la durée du séjour de 3 semaines sans interruption** ;
- ✓ Respecter les consignes d'hygiène pour une vie en collectivité et pour l'accès aux activités (cuisine, bassin, plateau technique) ;
- ✓ Respecter les autres dans leurs différences et leurs particularités ;
- ✓ Ne prendre que le traitement prescrit par le médecin de l'établissement et dispensé par l'infirmière du service, afin de respecter la législation et pour ma sécurité.

Date :.....Signature :.....

Nom/Prénom du patient : .....

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : .....

Si intervention, date : .....

Antécédents médicaux et / ou chirurgicaux : .....

Objectif du séjour : .....

Pronostic : .....

Soins palliatifs  Oui  Non

Possibilités de récupération  Oui  Non

## AUTONOMIE

### Toilette

- Seul  
 Aide partielle  
 Complète

### Alimentation

- Seul  
 Avec aide  
 Anorexie  
  
 Fausse routes  
 Sonde gastrique  
 Haché/mixé

### Elimination

- Contenance urinaire  
 Oui  Non  
 Sonde urinaire  
  
Contenance fécale  
 Oui  Non  
 Stomie

### Mobilisation

- Se lève seul  
 Aide aux transferts  
 Aide totale  
 Aide matérielle  
lesquelles :  
 Sans appui : .....

### Etat Cutané

- Escarres  
Localisation  
.....  
 Ulcères  
Localisation  
.....

### Infection

- Oui  Non  
Localisation  
.....

### Communication

- Aphasie  
 Propos incohérents  
 Surdité  
 Malvoyance  
 Cécité

### Comportement

- Désorientation temporo spatiale  
 Agitation  
 Agressivité  
 Risque de fugue

## TRAITEMENT EN COURS

Kiné respiratoire

Oxygène  Oui  Non

Kiné locomotrice

Orthophonie

REGIME : .....

Poids .....

Taille.....

IMC.....

## SOINS INFIRMIERS

Pansements localisation : ..... nature : ..... temps : .....

Stomie  Trachéotomie  Aspiration

Autres :

Date de la demande : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

NOM, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN DEMANDEUR

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

**NOM :**

**Prénom:**

**Age :**

**Séjours précédents :**

Lieu :

Année :

---

---

---

Quelle est votre attente par rapport au séjour que vous demandez :

---

---

---

**Taille :**

**Poids actuel :**

**Poids maximum :**

**Souffrez-vous de :**

- Diabète
- Maladies cardio-vasculaires
- Maladies articulaires et mécaniques
- Respiratoires
- Psychologiques
- Autres (préciser)
- .....

**Evaluation de votre autonomie :**

*Vous déplacez-vous avec une aide*

oui  non

**Si oui :** avec une canne

avec un déambulateur

avec un fauteuil roulant

*Avez-vous besoin d'aide pour*

la toilette :  non  oui

l'habillage :  non  oui

autre :  non  oui

*Autres précisions que vous souhaiteriez apporter :* \_\_\_\_\_

➔ Marchez-vous :  - de 200 m  + de 200 m

Pouvez-vous monter les escaliers  oui  non

Alimentation actuelle : Normale

Régime particulier : \_\_\_\_\_

## PIECES A FOURNIR AVANT L'ADMISSION

### Nous retourner les pièces jointes demandées

- Formulaire administratif de pré admission
- Formulaire médical de pré admission
- Réservation de chambre
- Renseignements complémentaires
- Désignation de la personne de confiance
- Contrat d'engagement
- Avis du cardiologue datant de moins d'un an confirmant l'absence de contre-indication cardiologique à un réentraînement à l'effort (indispensable)

### Nous retourner ces documents photocopiés recto-verso

- Votre carte de mutuelle
- Votre carte d'identité
- L'attestation de sécurité sociale à jour de vos droits



*Cocher l'option choisie et nous adresser ce document par retour du courrier.*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

**Souhaite une chambre double, sans supplément.**

**Souhaite une chambre particulière avec supplément, 36 € ou 49€  
par jour, en fonction de votre complémentaire, et sous réserve de  
disponibilité à l'entrée (selon le tarif en vigueur).**

*La chambre particulière est facturée en cas de permission exceptionnelle*

Pour éviter l'avance de ces frais, vous voudrez bien contacter votre complémentaire pour obtenir la prise en charge que vous fournirez à votre entrée.

Dans le cas contraire vous vous acquitterez de cette somme le jour de votre sortie.

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature précédée de la mention  
« Lu et approuvé »**

DOSSIER A ENVOYER	Par courrier : La Menaudière - Service des admissions BP 30009 2, allée de La Menaudière 41401 MONTRICHARD CEDEX
	Par Fax 02.54.71.19.22

**NOS COORDONNEES**  
 ► Service des admissions : toute demande d'information générale 02 54 71 19 23

**Fournir en complément de cet imprimé dûment complété :**

- Copie de l'attestation de sécurité sociale à jour
- Copie de la carte de complémentaire
- Copie d'une pièce d'identité
- Attestation de la sécurité sociale pour les Accidents du Travail ou Maladies Professionnelles

**VOS COORDONNEES :** Etablissement demandeur ou médecin traitant : .....

Service demandeur : ..... ☎ ..... Fax : .....

Adresse : .....

Mail.....@.....

**PATIENT**

Nom..... Prénom.....

Nom de jeune fille ..... Profession .....

Date de naissance..... Age..... Situation familiale .....

Vit seul(e) :  Oui  Non - Habitat de plain-pied :  Oui  Non - Chambre à l'étage :  Oui  Non

Adresse.....

..... ☎ .....

N° sécurité sociale : ..... Caisse sécurité sociale : .....

Mutuelle  Oui  Non Caisse Mutuelle : .....

Protection juridique  Non  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

Personne à prévenir - Nom et prénom ..... ☎ .....

Adresse : .....

Lien avec le patient : .....

**SEJOUR DEMANDE**

Rééducation fonctionnelle  Soins de suite  Réadaptation alimentaire

Date d'entrée souhaitée : .....

**Chambre particulière**  Oui  Non  
 36€ ou 49€ selon votre complémentaire

**DEVENIR**

Retour à domicile  Institutions :  démarches entreprises  oui  non  
par qui : .....

**ATTENTION :** Pour *une continuité des soins optimale*, merci de remplir cette fiche de façon *exhaustive*.  
 Tout refus médical sera téléphoné, faxé ou écrit  
 Prévenir le service en cas d'abandon de la demande