

Pour les prises en charge spécifiques aux Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales, fournir uniquement les 3 premiers points (Dossier médical, noms médecins correspondants, copies des ordonnances).

Madame, Monsieur,

Afin que le médecin du service puisse étudier votre demande d'admission au CERES et afin de vous accompagner dans votre projet, merci de vous assurer que **TOUS les éléments suivants soient présents** dans votre dossier d'admission :

- **Le dossier médical ENTIEREMENT rempli** : nom prénom, date de naissance, motif du 100%, poids, taille...
- **NOM des médecins correspondants** : endocrinologue/ médecin traitant autres...
- **PHOTOCOPIE de Votre/vos ordonnance(s)** comprenant tous vos **MEDICAMENTS** actuels.
- **PHOTOCOPIE DE LA DERNIERE prise de sang** datant de moins de 3 mois comprenant :
  - Un bilan du cholestérol (EAL)
  - Une glycémie à jeun
  - Un bilan thyroïdien (TSH)
- Si vous êtes diabétique : la dernière Hémoglobine glyquée (HbA1c), bilan rénal (créatinémie, MDRD).
- **ECG DE REFERENCE et CONSULTATION CARDIOLOGIQUE DE CONTROLE** datant de moins de 3 mois dans le cadre de la pratique de l'activité physique en centre de nutrition.
- **Si vous êtes suivi par un psychiatre, un certificat médical de sa part**, notifiant l'adéquation du séjour en hospitalisation de jour avec l'état de santé actuel.

**Attention : tout dossier incomplet/pièce manquante, ne permettra pas l'étude du dossier qui vous sera renvoyé.**

Nous vous remercions de votre compréhension et restons à votre disposition pour tout complément d'information.

**Le Bureau des entrées**

**Hôpital de Jour CERES**  
65, Voie Romaine - 06000 NICE  
☎ : 04.89.08.76.00 - **Fax : 04.89.94.61.40**  
Email : [contact@hdjceres.com](mailto:contact@hdjceres.com) - N° FINESS 060023694

**DOSSIER MEDICAL  
DE PRE-ADMISSION**

Photo  
d'identité

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance .....

Tel : .....

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN DU PATIENT ET A RETOURNER A CERES**

**A l'attention du médecin prescripteur (traitant ou spécialiste)**

*Cher confrère,*

***Nous vous remercions de-vous assurer auparavant que le patient ne rentre pas dans les critères de refus suivants :***

- |                        |   |
|------------------------|---|
| - Age <18 ans          | - Pathologies psychiatriques non stabilisées  |
| - GIR<4                | - Post-tentative de suicide   |
| - Anorexie mentale     | - Absence de motivation ou d'intérêt pour participer aux programmes d'éducation thérapeutique |
| - Alcoolisme non sevré |   |
| - Essai thérapeutique  |   |

**NOUS VOUS REMERCIONS D'ETABLIR LA PRESCRIPTION MEDICALE DU SEJOUR POUR VOTRE PATIENT(E) A L'AIDE DU DOCUMENT CI-JOINT**

*Si l'état de santé de votre patient(e) nécessite une « prescription médicale de transport », elle devra être adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dont dépend votre patient(e).*

*Le Médecin Responsable*

**1. État nutritionnel :**

Taille :

Poids :

IMC ::

**Troubles métaboliques :**

Diabète de type 1

Diabète de type 2

Autre :

**2. Diagnostic principal /motif d'admission :**

**3. Antécédents médicaux :**

Locomotion :  Autonome     Déambulateur     Fauteuil roulant     *Handicap moteur, préciser :*

**4. Antécédents chirurgicaux :**

**5. Antécédents familiaux :**

**6. Toxiques (tabac, alcool, drogue) :**

**7. Allergies (médicamenteuses, alimentaires) :**

**8. État psychique :**

**9. Situation sociale actuelle, Vit :**     Seul                       En couple                       Autre, préciser :  
 Tuteur                       Curateur

**10. Traitement actuel (joindre ordonnance) :**

**11. Soins spécifiques :**

*Cachet et signature du médecin*

**PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT**

**Hospitalisations antérieures**  Non  Oui  
Date : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_  
**Accord :**     **Refus :**   
**Motif(s) de refus :**  
  
**Nom et signature du Médecin :**

Je soussigné(e)

Docteur .....

Certifie que l'état de santé de Mme, M. ....  
.....

**Nécessite une rééducation nutritionnelle en hospitalisation de jour.**

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin**



**CERTIFICAT MEDICAL**

**Aptitudes psychologiques**

(à faire remplir par votre médecin psychiatre)

Je soussigné(e),

Docteur .....

Certifie que l'état de santé actuel de

Mme, Mlle, M. ....

Né(é) le : .....

est compatible avec une hospitalisation de jour en SSR nutritionnel (activités de groupe et suivi individuel).

Fait à ....., le .....

**Signature et cachet du médecin**

