



Unité Méditerranéenne de Nutrition

Soins de Suite et de Réadaptation (hospitalisation de jour enfants, adolescents et adultes)
Pavillon 7 – 4^{ème} étage - Hôpital Sainte Marguerite
270 Boulevard de Sainte-Marguerite - 13274 Marseille cedex 9
Tél. : 04 91 20 37 30 – Email : contact@umn-marseille.fr

Chère consœur, cher confrère,

Nous vous prions de bien vouloir remplir le **dossier médical** ci-joint pour votre patient que vous souhaitez nous adresser.

Celui-ci nous permettra de l'accueillir dans les meilleures conditions et de mettre en place une **prise en charge individualisée dans la continuité de ce que vous avez déjà entrepris.**

Sachez également qu'un **ensemble de mesures** sont mises en place afin de vous informer, vous associer au projet et ainsi assurer cette continuité :

- Un **accueil téléphonique** dédié de nos praticiens au 04 91 20 37 30.
- Un **échange de courriers** réguliers avec contenu et délais de transmission adaptés.
- Une orientation systématique du patient en consultation chez vous pour toute adaptation du traitement en cas de besoin et/ou pour préparer la fin de prise en charge et le retour à la maison.

Nous vous prions de fournir les documents suivants pour étude du dossier :

- 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 ≥ 65 ans) **datant de moins de 3 mois.**
- Un **bilan cardiaque datant de moins de 6 mois (pour enfants de + de 12 ans et adultes).**
- Un **certificat de non contre-indication à la pratique d'une Activité Physique Adaptée.**

FORMULAIRE MEDICAL
(A renseigner par le médecin)

◆ **Coordonnées du patient :** Nom, prénom :

◆ **Coordonnées des médecins :**

Nom et prénom du médecin prescripteur de l'hospitalisation :

Adresse actuelle :

Ville :Code postal :

Nom et prénom du médecin traitant (si différent) :

Adresse actuelle :

Ville :Code postal :

◆ **Motif de la demande d'admission :**

Obésité DID DNID Autre :

Taille : Poids : IMC :

◆ **Prise en charge antérieure :**

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

Hospitalisé(e) en HC – nom de l'établissement :

dates : – durée :

Hospitalisé(e) en HDJ – nom de l'établissement : - dates :

dates : – durée :

◆ **Antécédents médicaux :**

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

◆ **Antécédents 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

◆ **Autonomie physique :**

Existe-t-il un ou des handicaps physiques : OUI NON Si oui, préciser :

Ce patient est en fauteuil roulant : OUI NON

Troubles sphinctériens : OUI NON

Ce patient est autonome pour tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, autonomie de déplacement) : OUI NON

Si non, préciser les aides nécessaires :

.....

Traitement médicamenteux (en cours et à poursuivre) :

Veuillez nous fournir les ordonnances duplicata contenant **la totalité** des traitements, **toutes spécialités confondues**, en spécifiant les ALD.

Observation(s) complémentaire(s) du médecin :

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

Une fiche de liaison (téléchargeable sur le site internet de l'U.M.N) peut être joint au dossier permettant une continuité des soins optimale grâce aux informations que vous allez nous donner.



Unité Méditerranéenne de Nutrition

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) :

Cheville

Genoux

Hanche

Epaule

Rachis

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 :

- o **Privilégier les activités d'intensité modérée de durée prolongée**
- o **Permettre au patient de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire**
- o **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 :