



SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE (87)

# Centre de l'Obésité Bernard Descottes

## Prévention - Réadaptation - Suivi

Dossier d'admission

**Centre de l'Obésité  
Bernard Descottes**  
SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION



Membre de  
**vyv**<sup>3</sup>

# NOTICE D'INFORMATION

## Aide au remplissage du dossier d'admission

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous souhaitez intégrer le Centre de l'Obésité Bernard Descottes et nous vous en remercions. Cette notice vous est destinée afin de vous aider dans le remplissage du dossier d'admission.

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR

Afin de traiter votre demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir les pièces justificatives suivantes. Merci de ne pas découper les copies des documents (laisser au format A4).

- Copie de **VOTRE ATTESTATION PAPIER** de Sécurité sociale en cours de validité à la date de votre admission.

Cette attestation peut vous être fournie par votre Caisse d'Assurance Maladie. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

- Copie **recto-verso** de votre carte de complémentaire santé en cours de validité à la date de votre admission.

Votre carte mutuelle (ou assurance privée) vous est fournie par votre organisme de complémentaire santé. Merci de bien vouloir vérifier la période de validité de vos droits.

Si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle (CMU), nous vous remercions de bien vouloir nous faire parvenir l'attestation en cours de validité.

- Copie **recto-verso** de votre pièce d'identité en cours de validité à la date de votre admission.

Si vous êtes ressortissant étranger, merci de bien vouloir nous faire parvenir une copie de votre titre de séjour.

- Quatre photos d'identité **RÉCENTES**.

- Duplicata de l'ordonnance de votre traitement en cours.

- En cas d'intolérance alimentaire avérée (ou allergie), merci de nous fournir les documents biologiques correspondants (résultats de laboratoire ou autres...).

Seules les intolérances alimentaires justifiées par ces documents seront prises en considération.

- Bilan psychiatrique : pour tout patient ayant déjà un suivi, merci de joindre un compte-rendu récent du spécialiste.

- Prise de sang (voir formulaire n°2, verso) **à fournir lors de votre arrivée dans le Centre**.

Elle devra avoir moins de 3 mois.

- **Tout patient de plus de 30 ans (ou moins si antécédents cardiaques connus), surtout s'il est diabétique, devra arriver avec un bilan cardiaque fait par un cardiologue, datant de moins de 6 mois (apporter le compte rendu et l'électrocardiogramme).** Cette mesure vise à permettre la pratique d'une activité physique adaptée au sein du Centre.

**En l'absence de bilan cardiologique, l'activité physique ne pourra être autorisée.**

## FORMULAIRES D'ADMISSION À COMPLÉTER ET À NOUS RETOURNER SIGNÉS

Afin de valider votre dossier d'admission, nous vous remercions de bien vouloir compléter les deux formulaires suivants :

### FORMULAIRE N°1 : fiche administrative complétée par vos soins (recto-verso)

#### À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR VOS SOINS

Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos proches, tuteur ou curateur éventuel.

### FORMULAIRE N°2 : fiche médicale

#### À FAIRE COMPLÉTER RECTO-VERSO, SIGNER ET TAMPONNER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR, ET À NOUS RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL À L'ATTENTION DU MÉDECIN COORDONNATEUR AVEC LE RESTE DE VOTRE DOSSIER

Ce document est indispensable à l'enregistrement et à la validation de votre demande d'admission. Il est impératif de renseigner l'ensemble des informations demandées sur ce document, notamment les coordonnées détaillées de vos médecins.

Un courrier rédigé par votre médecin peut également être joint à toute demande d'admission afin de nous apporter toute précision jugée utile sur votre état de santé.

Nous vous remercions de bien vouloir retourner le dossier dûment rempli, complet et signé avec l'ensemble des pièces justificatives demandées, à l'adresse suivante :

**CENTRE DE L'OBÉSITÉ BERNARD DESCOTTES  
2 PIERRECHAVE  
87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE**

Tout dossier incomplet, sans l'ensemble des pièces justificatives, ne pourra être étudié en vue d'une admission.

À CONSERVER PAR LE PATIENT

# VOTRE ADMISSION AU CENTRE

Le Centre de l'Obésité peut vous prendre en soins sur un programme en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour, vous permettant de concilier votre vie personnelle et vos soins sur les trois semaines. Il vous sera demandé de choisir la modalité que vous souhaitez dans le formulaire n°1 : fiche administrative.

## Jours et heures d'arrivée

Les admissions en hospitalisation complète au sein du Centre de l'Obésité Bernard Descottes ont lieu :

- le lundi de 8h15 à 9h45,
- le mardi de 8h15 à 9h45.

Les admissions en hospitalisation de jour se font le mercredi et le jeudi en demi-journée. Vous rencontrerez chaque professionnel pour faire le bilan et définir vos objectifs de prise en soins.

Suite à votre demande d'admission, si celle-ci est validée, vous serez contacté par téléphone et recevrez par courrier une convocation vous indiquant la date et l'horaire de votre arrivée au sein du Centre.

**Merci de respecter cet horaire.**

Ce courrier sera accompagné d'un livret d'accueil que nous vous conseillons de lire **attentivement** et dans lequel vous trouverez des documents à compléter (à nous remettre le jour de l'arrivée).

## Formalités à remplir à votre arrivée

À votre arrivée au Centre de l'Obésité Bernard Descottes, nous vous remercions de bien vouloir vous présenter à l'accueil avec les documents originaux suivants afin de valider votre admission :

- votre carte Vitale mise à jour,
- votre carte de complémentaire santé en cours de validité pour l'année,
- votre pièce d'identité (ou titre de séjour) en cours de validité,
- votre livret de famille, si votre pièce d'identité n'est pas conforme (changement de situation familiale, erreur de date de naissance, changement de nom...).

Vous devrez par la suite remettre à l'infirmière ou à l'aide-soignant qui vous accueillera les différentes pièces suivantes :

- votre ordonnance avec votre traitement en cours à votre admission,
- votre traitement actuel pour 48 heures, dans les boîtes à votre nom, le Centre de l'Obésité ne pouvant pas se servir de votre pilulier personnel par souci de traçabilité.

## Effets personnels indispensables à votre prise en charge

Dans le cadre de la continuité des soins et afin de vous garantir une qualité de prise en charge optimale, nous vous remercions de bien vouloir apporter dès votre arrivée :

- un plaid, qui sera utilisé lors des séances de relaxation,
- une taie d'oreiller, qui protégera votre coussin de relaxation lors de ces séances,
- des vêtements de pluie et un sac à dos pour les marches en extérieur,
- une bouteille d'eau.

**AUCUN ALIMENT PERSONNEL N'EST AUTORISÉ AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT.**

## Votre hébergement au sein du Centre

Nous vous recommandons de ne pas garder sur vous d'argent ou d'objets de valeur. Vous aurez la possibilité de laisser gratuitement vos objets de valeur personnels au sein d'un dépôt de valeur centralisé durant votre séjour. Vous pourrez vous renseigner auprès du cadre de santé du Centre ou de l'accueil de l'établissement.

La direction décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration d'effets personnels commis dans l'enceinte du Centre ou sur le parking de la structure.

**L'établissement vous fournit les draps et couvertures.** Vous êtes tenu d'apporter :

- vêtements,
- pyjama ou chemise de nuit (et robe de chambre),
- affaires de toilette, y compris serviettes de toilette ou peignoir,
- tenues de sport (vêtements et chaussures) adéquates pour activités de plein air et en salle, y compris un maillot de bain, un bonnet de bain, une serviette de bain, du gel douche et des claquettes uniquement dédiées à la balnéothérapie,
- un bloc-notes, un stylo et un porte-documents.

**Une buanderie centrale (payante)** vous permettra d'assurer l'entretien de votre linge personnel (tarifs disponibles au bureau des entrées).

**Durant votre séjour, vous êtes considéré comme hospitalisé** mais une autorisation de sortie temporaire peut vous être accordée, à titre exceptionnel, après accord du médecin coordonnateur et du directeur de l'établissement. Elle peut vous être autorisée selon différentes modalités :

- 1h30 de sortie à pied par jour
- 3h de sortie en voiture par semaine
- de 13h30 à 18h30 le dimanche : sortie libre
- sortie pour circonstances exceptionnelles ou cas de force majeure : une autorisation exceptionnelle de sortie vous sera délivrée par le médecin coordonnateur et le directeur de l'établissement (n'excédant pas 12h consécutives).

Vous devez alors signer le registre prévu à cet effet.

## VOUS VOUS ENGAGEZ À SUIVRE LES 22 JOURS DU PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE PROPOSÉ.

L'ensemble du personnel du Centre de l'Obésité Bernard Descottes reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

En cas de souhait particulier, vous pouvez nous adresser, avec ce dossier d'admission, un courrier spécifique, daté et signé.

À CONSERVER PAR LE PATIENT

# INFORMATIONS DIVERSES SUR VOTRE ADMISSION

## Critères d'admission dans le Centre

- Avoir entre 16 et 75 ans,
- Avoir un indice de masse corporelle supérieur à 35,
- Avoir un indice de masse corporelle supérieur à 30 avec des comorbidités associées (diabète, hypertension artérielle, apnée du sommeil, polyarthropathie...).

Si vous n'entrez pas dans ces critères, merci de joindre une lettre de motivation à votre dossier d'admission.

## Validation de votre admission

Afin de s'assurer de la pertinence d'une hospitalisation au sein de notre établissement, nous vous informons que la validation de votre admission peut être soumise à une consultation par un médecin spécialiste selon votre profil de santé, prescrite par le médecin coordonnateur du Centre.

## Prise en charge des frais de séjour

Les frais de séjours sont pris en charge à 80 % par votre régime obligatoire et à 20 % par votre régime complémentaire. L'établissement se charge de réaliser la demande d'accord de prise en charge avant votre admission dans le Centre.

## Choix de la chambre particulière

Le Centre de l'Obésité Bernard Descottes dispose majoritairement de chambres individuelles. Lors de votre demande d'admission, vous pouvez librement choisir de bénéficier d'une chambre seule, dont le tarif journalier est de 50 €. Nous vous encourageons à vous renseigner auprès de votre complémentaire santé dès votre demande d'admission, afin de savoir si celle-ci prend en charge la chambre particulière en secteur «rééducation» (code DMT 516 - FINESS 870016631) le temps de votre hospitalisation (22 jours).

## Durée du séjour

Les séjours ont lieu du lundi au lundi ou du mardi au mardi inclus, pour une durée de 3 semaines minimum. Les sorties se font le lundi et le mardi matin à 8h15.

## Transport (voir au verso)

Pour les personnes étant domiciliées à plus de 150 kilomètres de l'établissement et nécessitant une prise en charge en transport sanitaire, il convient de faire établir par votre médecin une demande d'entente préalable à la constitution de votre dossier. Celle-ci devra être transmise à votre caisse d'assurance maladie dès à présent (pas besoin d'avoir la date d'admission). Le médecin conseil vous communiquera sa décision quant à la prise en charge du transport.

Pour les patients qui suivent le programme en hospitalisation de jour, il est possible de bénéficier d'une prise en charge de transport sanitaire. Pour cela nous vous conseillons de faire établir le bon de transport du premier rendez-vous par votre médecin traitant.

Pour les autres journées nous vous établirons les prescriptions de transport.

## VENIR AU CENTRE DE L'OBÉSITÉ BERNARD DESCOTTES

Vous habitez **à moins de 150 km** de Saint-Yrieix-la-Perche



**Vous venez avec votre voiture personnelle** ou vous vous faites accompagner par quelqu'un :  
Aucune démarche nécessaire.



**Vous venez en taxi ou VSL :**  
Il faut demander une prescription médicale de transport au médecin prescripteur du séjour.

Vous habitez **à plus de 150 km** de Saint-Yrieix-la-Perche



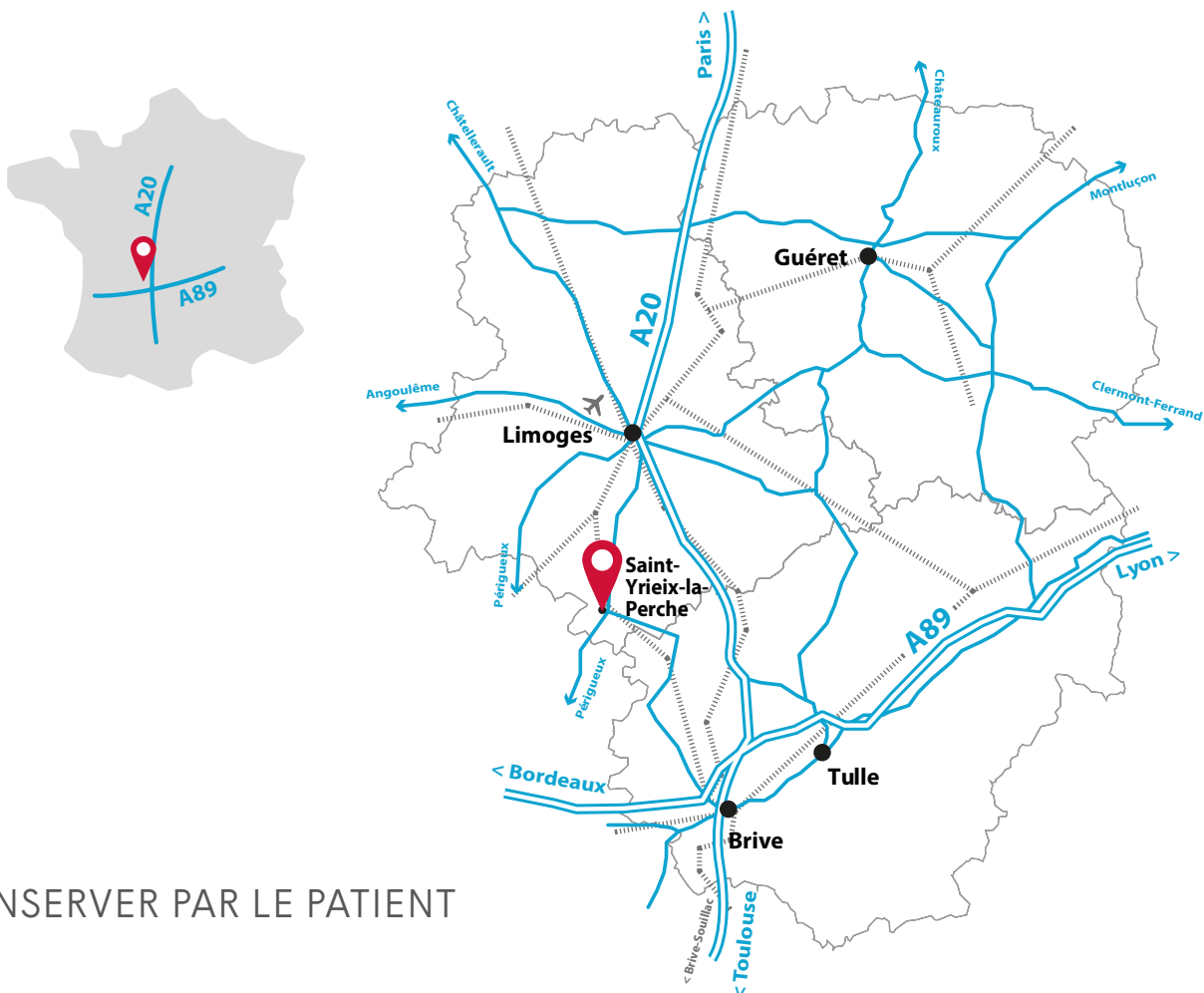
**Vous venez avec votre voiture personnelle** ou vous vous faites accompagner par quelqu'un :  
Aucune démarche nécessaire.



**Vous venez en train :**  
Vérifiez les correspondances nécessaires pour venir et les horaires auprès de la SNCF.



**Vous ne pouvez venir qu'en ambulance, taxi ou VSL :**  
Une demande d'entente préalable doit être faite par le médecin prescripteur au moins 21 jours avant l'entrée. Demandez une confirmation écrite de la prise en charge globale du transport à votre caisse.



À CONSERVER PAR LE PATIENT



# FORMULAIRE N°1 - FICHE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE

Nom d'usage : ..... Prénoms : .....

Nom de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Situation familiale :  Marié(e)-pacsé(e)-en union libre  Célibataire  
 Veuf-veuve  Séparé(e)-divorcé(e)

Nationalité : ..... Langue parlée couramment : .....

Adresse : .....

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

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Adresse mail : .....

Situation professionnelle :  Actif  Retraité  Invalide  Inactif  
 Profession : .....

Caisse de sécurité sociale ou organisme obligatoire (nom et adresse) : .....

Nom et prénom de l'assuré : .....

Date de naissance de l'assuré : ...../...../.....

Numéro de sécurité sociale : .....

Bénéficiaire :  Assuré(e)  Conjoint  Ascendant  Enfant  Concubin

Mutuelle ou organisme complémentaire (nom et adresse) : .....

Numéro d'adhérent ou de contrat : .....

Téléphone de l'organisme : ..... Numéro de fax : .....

Position juridique :  Autonome  Sous tutelle  Sous curatelle

**EN CAS DE TUTELLE OU CURATELLE, MERCI D'INDIQUER LE NOM DU TUTEUR OU CURATEUR :**

Nom de l'organisme : .....

Nom et prénom du mandataire judiciaire : .....

Qualité :  Tuteur  Curateur

Adresse : .....

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

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....



**PERSONNE À PRÉVENIR :**

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Nom et prénom du médecin traitant : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Nom et prénom du médecin qui prescrit le séjour : .....  
Spécialité : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Autres médecins spécialistes référents (nom, prénom, spécialité, adresse, téléphone) :

- 1. ....
- 2. ....
- 3. ....

Vous souhaitez suivre votre prise en soins :  en hospitalisation complète  en hospitalisation de jour

Avez-vous un souhait de date pour votre hospitalisation ?  Oui  Non

Si oui, laquelle : ...../...../..... (dans la mesure du possible la commission d'admission en tiendra compte).

Avez-vous déjà effectué un séjour dans notre établissement ?  Oui  Non

Si oui, à quelle date ? : ...../...../.....

Merci de joindre une lettre expliquant vos motivations à réaliser un nouveau séjour.

**RÉPONSE EXIGÉE**

Souhaitez-vous une chambre particulière ?  Oui  Non

**Conditions de la chambre particulière : Cf. Formulaire « Informations diverses ».**

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**



# FORMULAIRE N°2 - FICHE MÉDICALE

À faire compléter RECTO-VERSO, signer et tamponner PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR et à nous renvoyer sous pli fermé à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement.

Nom d'usage : ..... Prénoms : .....

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../.....

Votre patient a-t-il déjà effectué un séjour dans notre établissement ?  Oui  Non

Si oui, date du dernier séjour : ...../...../.....

Motif d'hospitalisation : .....

.....

.....

Pathologies associées & antécédents médicaux et chirurgicaux : .....

.....

.....

.....

État clinique : Poids : ..... Taille : ..... IMC : .....

Soins d'hygiène (toilette, toilette intime) :  Autonome  Aide partielle  Dépendant

Habillage (bas de contention, lacer ses chaussures...) :  Autonome  Aide partielle  Dépendant

Élimination :  Autonome  Aide partielle  Dépendant  
 Sonde Urinaire  Stomie : .....

Alimentation :  Autonome  Aide partielle  Alim. entérale  Alim. parentérale

Allergies alimentaires :  Oui  Non (merci de joindre un certificat médical)

Intolérances alimentaires :  Oui  Non (merci de joindre un certificat médical)

Concernant les repas, l'établissement tolère cinq aversions alimentaires.

Respiration :  Autonome  Oxygénothérapie  Trachéotomie

Mobilisation :  Autonome  Aide partielle  Dépendant  Fauteuil roulant

Si aide partielle, périmètre de marche :  < à 20 m  entre 20 et 50 m  > à 50 m

Troubles du comportement :  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

(merci de bien vouloir nous fournir un certificat médical de non-dangérosité)

Plaies (type, localisation) : .....

Infections :  Site : .....  Germe:.....

Risque de chutes :  Oui  Non

Quels problèmes limitent les déplacements : .....

.....

Suivi psychologique et social :  Oui  Non

Si oui, intervenants (noms, spécialités, téléphones) : .....

.....

.....

Le patient est apte à vivre en collectivité :  Oui  Non Préciser: .....

Pour tout patient ayant une prise en charge, il est impératif de joindre à ce document un compte-rendu récent du spécialiste.

Traitements en cours (joindre **OBLIGATOIREMENT** une copie de l'ordonnance à cette fiche).

Afin d'admettre votre patient dans les meilleures conditions possibles, nous vous remercions de lui remettre une ordonnance afin qu'il réalise un bilan sanguin **deux semaines avant son entrée dans l'établissement** : NFS, CRP, albumine, uricémie, créatininémie, ionogramme, calcémie, glycémie à jeun, exploration d'une anomalie lipidique, TSH, TGO, TGP, et pour les patients diabétiques une hémoglobine glyquée.

**CAS PARTICULIER pour les patients ayant subi UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE** (anneau, sleeve, bypass) : en plus du bilan classique noté ci-dessus, merci de prévoir ce bilan spécifique de moins de trois mois : Ferritine, Vitamine D, PTH, Vitamines A, B1, B9, B12, Zinc, afin d'évaluer d'éventuelles carences pouvant nécessiter une substitution.

**Pour autoriser la pratique de l'activité physique, tout patient de plus de 30 ans doit arriver avec un bilan cardiaque de moins de 6 mois réalisé par un cardiologue et au moins un ECG.**

Si votre patient présente une contre-indication à la balnéothérapie (mycose, infection cutanée, digestive, cuir chevelu...), nous vous remercions de bien vouloir procéder à **UN TRAITEMENT INTENSIF D'AU MOINS 8 JOURS** (selon la pathologie) afin qu'il puisse bénéficier de cette activité lors de son séjour au sein du Centre.

DATE : ...../...../.....

Médecin prescripteur : Dr. ....

Téléphone fixe : ..... Fax : .....

Adresse mail : .....

Signature et cachet :

Signature du patient :

Un compte-rendu d'hospitalisation sera envoyé au médecin dans les meilleurs délais après la sortie du patient.

# PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La Mutualité Française Limousine, régie par le Code de la Mutualité, dont le numéro de Siret est le 775 716 673 et dont le siège est situé : 39 avenue Garibaldi – 87000 Limoges, représenté par Monsieur Franck Bonichon en qualité de Directeur Général, collecte via ce formulaire et traite des données à caractère personnel vous concernant dans le cadre de votre demande d'admission au sein de notre structure.

Ce traitement est fondé sur l'exécution de mesures contractuelles préalables à une éventuelle prise en charge. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée du traitement lié à l'admission. Seules les personnes habilitées au sein de la Mutualité Française Limousine peuvent accéder aux données vous concernant, ainsi que nos éventuels prestataires (éditeurs de logiciel métier).

## Vos droits

Vous disposez, sauf motifs de refus prévus par le RGPD pour certains de ces droits :

- d'un droit d'accès
- de rectification
- d'effacement
- de limitation du traitement de vos données
- d'un droit d'opposition
- du droit à la portabilité
- du droit de retirer votre consentement
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Pour exercer ces droits, vous pouvez nous contacter à l'adresse électronique suivante :

[contact-dpd@mutualitelimousine.fr](mailto:contact-dpd@mutualitelimousine.fr) ou par courrier au 39 avenue Garibaldi 87000 Limoges.

Veuillez noter que si vous exercez vos droits listés ci-dessus, nous conserverons toutefois certaines de vos informations personnelles et votre demande pour nous assurer de l'exercice effectif de vos droits.

## Réclamations

Si vous estimez qu'une demande de l'un de vos droits n'a pas été satisfaite, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ou former un recours juridictionnel.

La Mutualité Française Limousine limite tous les transferts de données à caractère personnel en dehors de l'Espace Economique Européen. Si néanmoins cela était nécessaire, la Mutualité Française Limousine s'assurera que le pays destinataire des données est un pays reconnu comme adéquat par la Commission européenne ou que des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne seront signées et, le cas échéant, des mesures supplémentaires seront mises en place pour garantir un niveau de protection équivalent à celui du droit de l'Union européenne.

À CONSERVER PAR LE PATIENT

# Centre de l'Obésité Bernard Descottes

SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION

---

2 Pierrechave  
87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Tél. : 05 19 99 26 00

Fax : 05 19 99 25 31

[www.centre-obesite.fr](http://www.centre-obesite.fr)

## MUTUALITÉ FRANÇAISE LIMOUSINE

39 avenue Garibaldi - 87000 Limoges - Tél. : 05 55 33 96 30

[www.mutualitelimousine.fr](http://www.mutualitelimousine.fr)

