



VALICELLI  
Clinique diabète & nutrition

# DOSSIER DE PRÉADMISSION - PEDIATRIQUE

Merci de transmettre ce dossier complété par l'un des moyens sécurisés ci dessous:

- En ligne via BlueFiles: <https://valicelli.fr/Preadmission.htm> ou en scannant le QR code ci-contre
- Par courrier : Service Médical – Clinique Valicelli 20117 OCANA  
Contact : 04 95 27 88 10

Accéder à l'espace  
de dépôt sécurisé:



## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Responsable légal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  H  F

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Nom de la mutuelle : \_\_\_\_\_

Personne accompagnante : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## PRESCRIPTION

● Nom du médecin demandeur : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

● Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

● Motif de la demande de participation au programme d'Hospitalisation De Jour :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

● Surcharge pondérale Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_

● Evolution du poids sur les derniers mois : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS DE VOTRE ENFANT :

● Pendant la grossesse :

Prise de poids (en kg) : \_\_\_\_\_ Diabète gestationnel : oui/non Tabagisme maternel : oui/non

● Après naissance :

Terme de la naissance : \_\_\_\_\_ Poids de naissance : \_\_\_\_\_ Taille de naissance : \_\_\_\_\_

Périmètre crânien de naissance : \_\_\_\_\_

● Pathologies dans les premiers mois de vie (troubles de la succion, difficultés alimentaires, hypoglycémie, diarrhée...):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

● Troubles orthopédiques (scoliose, malformation congénitale...) :

---

● Troubles du neurodéveloppement (trouble du spectre autistique, troubles des apprentissages, troubles moteurs, Trouble de l'attention, trouble du développement intellectuel ...) :

---

● Troubles endocrinologiques (diabète, hypothyroïdie, SOPK, hypogonadisme...) :

---

● Troubles respiratoires (Asthme, apnée du sommeil...) :

---

● Autres: \_\_\_\_\_

● Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, addictions...) :

---

---

● Suivi psychiatre/psychologue :  Oui

Non

**Allergies (alimentaire, médicamenteuse, environnementale...)** : oui/non

Si oui à quoi et quelle réaction induite : \_\_\_\_\_

● Traitement chronique (si possible joindre ordonnance) : oui/non

● Remarque/ informations particulières à nous transmettre :

---

● Y a-t-il eu d'autres prises en charge de l'obésité par le passé ?

Non

Oui. Lesquelles ? \_\_\_\_\_

● Date de début souhaitée : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

● Mère :

Prénom/nom/âge : \_\_\_\_\_

Poids/taille : \_\_\_\_\_ Poids maximal : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux (dont diabète, hypertension, hypercholestérolémie, infarctus, AVC, phlébite...) :

---

Antécédents chirurgie bariatrique :

---

Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, trouble du comportement alimentaire, addictions...) :

---

● Père :

Prénom/nom/âge : \_\_\_\_\_

Poids/taille : \_\_\_\_\_ Poids maximal : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux (dont diabète, hypertension, hypercholestérolémie, infarctus, AVC, phlébite...) :

Antécédents chirurgie bariatrique :

Antécédents psychiatriques (dépression, anxiété, trouble du comportement alimentaire, addictions...) :

● Fratrie :

Prénom/nom/âge : \_\_\_\_\_

Poids/taille : \_\_\_\_\_ Poids maximal : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux (dont diabète, hypertension, hypercholestérolémie, infarctus, AVC, phlébite...) :

Antécédents chirurgie bariatrique :

● Autres (grands parents, tantes cousins) :

Antécédents d'obésité, de diabète, hypertension, hypercholestérolémie, infarctus, AVC, phlébite, ou chirurgie bariatrique : oui/non

Si Oui : Lien familial avec votre enfant et âge du diagnostic ou de la prise en charge :

**1. Etat général (autonomie)**

Totalement autonome

Aide à la marche. Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Aide à la toilette. Si oui :  Totale  Partielle

Troubles cognitifs. Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Aide aux repas. Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**2. Traitement en cours**  Non

Oui. *Merci de joindre les ordonnances*

**3. Dernier bilan biologique réalisé dans les 6 mois**  Non

Oui. *Merci de joindre les documents*

**4. J'atteste que mon patient ne présente pas de contre-indication médicale ou fonctionnelle à la pratique**

**d'une activité physique adaptée :**  Oui

Non

Date, signature et cachet du médecin :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



VALICELLI  
Clinique diabète & nutrition

# PRESCRIPTION MÉDICALE

## Enfant

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DEMANDEUR CERTIFICAT MÉDICAL

#### CONFIDENTIEL

- Je prescris le séjour de l'enfant \_\_\_\_\_
  - dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de \_\_\_\_\_. (hospitalisation complète)
  - dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de \_\_\_\_\_. (hospitalisation de jour)

● Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

À \_\_\_\_\_



Merci de transmettre ce dossier complété par l'un des moyens sécurisés ci-dessous :

- En ligne via BlueFiles : <https://valicelli.fr/Preadmission.htm>  
ou en scannant le QR code ci-contre
- Par courrier : Valicelli-service médical-20117 OCANA

**DOSSIER ADMINISTRATIF (à remplir par le patient)**

Nom et Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ..... Sexe : H  F

Adresse du patient : .....

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

Téléphone du patient : ..... Portable du patient : .....

Activité professionnelle : .....

N° de sécurité sociale : .....

Votre Caisse d'Assurance Maladie (nom et adresse) : .....

Votre Mutuelle (nom et adresse) : .....

**Infos pour vos démarches auprès de la mutuelle: Code Finess: 200122554 ou 2A0022554  
DMT: 516 Discipline: SMR**

Le patient est responsable de ses démarches administratives en lien avec sa mutuelle (Chambre particulière à partir de 50€, frais de séjour hospitalier, forfait journalier). En cas de besoin, notre secrétariat peut vous aider dans votre demande **sans engager la responsabilité du Centre Valicelli.**

Avez- vous déjà été admis dans un centre de diététique : oui  non

Dates : ..... Nom du centre, si autre que Valicelli : .....

**Date souhaitée d'admission (approximative) :** .....

Chambre Particulière : oui  non

Personne à prévenir en cas d'urgence (Nom et téléphone): .....

Tutelle / Curatelle: oui  non

Nom, prénom, n° téléph. du Tuteur/Curateur : .....

Date et Signature :

Les informations recueillies sur ce formulaire sont classées dans le dossier patient par le service administratif pour la gestion des patients. La base légale du traitement est l'intérêt légitime.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : Service médical et administratif.

Les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la fin du séjour le plus récent.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le cas échéant, notre délégué à la protection des données par e-mail : [m2.casanova@valicelli.fr](mailto:m2.casanova@valicelli.fr) ou par téléphone : 04 95 27 88 10

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



VALICELLI  
Clinique diabète & nutrition

# PRESCRIPTION MÉDICALE

## Parent

Accéder à l'espace  
de dépôt sécurisé:



### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SITUATION DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DE LA DEMANDE :

- Activité salariée  Activité non salariée  
 Sans emploi. Date de cessation d'activité : \_\_\_\_\_  Pensionné(e)  
 Autre cas. Lequel : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DEMANDEUR CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

- Je prescris le séjour de Mme, M, \_\_\_\_\_
  - dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de \_\_\_\_\_. (hospitalisation complète)
  - dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**, pour une durée de \_\_\_\_\_. (hospitalisation de jour)

- Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

À \_\_\_\_\_