



FORMULAIRE MEDICAL

(A renseigner et à signer par le médecin)

Vous vous apprêtez à remplir le formulaire médical d'inscription en hôpital de jour de réadaptation en diabétologie et nutrition. Celui-ci est destiné aux patients adultes (âge > 18) diabétiques et/ou dont l'Indice de Masse Corporelle est supérieur à 30. L'hôpital de jour proposant une prise en charge ambulatoire, les patients doivent être un minimum autonomes et motivés.

❖ **Coordonnées du patient :** Nom, prénom : _____

❖ **Coordonnées des médecins :**

Nom et prénom du médecin prescripteur de l'hospitalisation : _____

Nom et prénom du médecin traitant : _____

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

Obésité DID DNID Autre : _____

Taille : _____ Poids : _____ IMC : _____

❖ **Affections associées :**

Hypertension : OUI NON Cardiopathie OUI NON Syndrome dépressif : OUI NON

Artérite : OUI NON Goutte : OUI NON Dyslipidémie : OUI NON

Hernie hiatale : OUI NON Colopathie : OUI NON Ulcère : OUI NON

Asthme : OUI NON Apnée du sommeil : OUI NON Insuffisance respiratoire : OUI NON

Pathologies articulaires : OUI NON Si oui, laquelle : _____

Pathologie infectieuse : OUI NON Si oui, laquelle : _____

Allergies alimentaires : OUI NON Si oui, laquelle : _____

Allergies médicamenteuses : OUI NON Si oui, laquelle : _____

Autres antécédents : _____

❖ **Prise en charge antérieure (en rapport avec la demande actuelle) :**

Démarches thérapeutiques entreprises :

Conseils diététiques : OUI NON

Intervention visant à augmenter l'activité physique : OUI NON

Par qui ? : _____

Approches psychologique et cognitivo-comportementale : OUI NON

Par qui ? : _____

Hospitalisation(s) antérieure(s) :

Nom de l'établissement : _____

Dates : _____ Durée : _____

❖ **Autonomie physique :**

Existe-t-il un ou des handicaps physiques : OUI NON

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) :**

Signature et cachet du médecin :



**DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT
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, Albumine et CRP si patient ≥ 65 ans) **datant de moins de 3 mois**.
- Un **bilan cardiaque datant de moins d'un an**.



DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION EN HÔPITAL DE JOUR DE READAPTATION EN DIABETOLOGIE ET NUTRITION

A compléter par le patient, à signer et à nous renvoyer à l'adresse postale :

*Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé - HDJ de réadaptation en diabétologie et nutrition
Rue Roger Signor – BP 43083 – 29123 PONT L'ABBE Cedex
ou à l'adresse mail: ssrnutrition@hd-pontlabbe.fr*

Nom : _____	Prénom : _____
Nom de naissance : _____	Nationalité : _____
Date de Naissance : ____/____/____	Lieu de naissance : _____
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e)-pacsé(e)-en union libre	<input type="checkbox"/> Célibataire
<input type="checkbox"/> Veuf-veuve	<input type="checkbox"/> Séparé(e) - divorcé(e)
Adresse : _____	
Code postal : ____/____/____/____	Ville : _____
Téléphone fixe : __ / __ / __ / __ / __ /	Téléphone portable : __ / __ / __ / __ / __ /
Email : _____	Profession : _____

Merci d'indiquer vos jours de disponibilité : _____

Cadre réservé à l'établissement

Reçu le : ____/____/____

Ok :

Nom : _____

Signature : _____

SIGNATURE OBLIGATOIRE