



FORMULAIRE MEDICAL

Hôpital de jour de réadaptation en diabétologie et nutrition

(A renseigner et à signer par le médecin)

Ce formulaire médical 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 : _____

Date de naissance : / / Âge : _____ Sexe : F / M

❖ **Coordonnées des médecins :**

Nom et prénom du médecin prescripteur du séjour : _____

Nom et prénom du médecin traitant : _____

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

Surcharge pondérale Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

Séjour nutrition indiqué pour un IMC>30

Diabète Type 1 / Type 2 / Autre sous insuline : OUI / NON

Joindre un BILAN biologique SVP :

Glycémie à jeun, HbA1C (si diabète), exploration d'une anomalie lipidique, créatininémie, ionogramme, micro-albuminurie si diabète/protéinurie si insuffisance rénale, albuminémie, CRP, ASAT, ALAT, gamma GT, TSH, NFS, coefficient de saturation de la transferrine, ferritine.

❖ **Evaluation du risque cardio-vasculaire (CV) :**

En cas de risque vasculaire élevé (3 facteurs de risque associés ou plus), il est indispensable d'avoir un **bilan cardiologique préalable au séjour (au moins un ECG)**.

- Homme
- Âge >50 ans (homme) ou >60 ans (femme)
- Tabac / date de sevrage si sevré :
- HTA : contrôlée OUI / NON
- Dyslipidémie
- Diabète
- Insuffisance rénale (DFG <60 ml/mn) ou protéinurie
- Antécédent familial au 1^{er} degré d'évènement CV précoce (<55 ans H, <65 ans F)

Antécédents de pathologie cardio-vasculaire :

- Athérome périphérique (membres inférieurs/TSA)
- IDM ou coronaropathie
- AVC ou AIT

Votre patient (e) a déjà eu un **bilan cardiologique** :

- ECG (date, joindre si possible) : _____
- Autre examen (date) : _____

Autres antécédents notables :

Patient en ALD : OUI / NON : pour (si autre que diabète) _____

CARDiaques (autre que CV) : OUI NON : _____
PULMonaires : OUI NON : _____
HEPatiques ou DIGestifs : OUI NON : _____
UROlogiques, GYNécologiques : OUI NON : _____
RHUMatologiques ou ORTHO : OUI NON : _____
DERMatologiques : OUI NON : _____
NEUROlogiques : OUI NON : _____
PSYchiatriques : OUI NON : _____
ENDOCriniens (hors diabète) : OUI NON : _____
Allergies (médicamenteuses, : OUI NON : _____
alimentaires)
Autres : _____

❖ **Traitement actuel (ou joindre les ordonnances) :**

❖ **Prises en charge nutritionnelles antérieures :**

Suivi nutritionnel ou diététique : OUI NON : _____
Hospitalisation/séjour pour le poids : OUI NON : _____
Chirurgie bariatrique : OUI NON : Anneau, Sleeve gastrectomy, By pass Date : / /
Trouble du comportement alimentaire (TCA) : OUI NON : _____
Prise en charge du TCA : OUI NON : _____

❖ **Autonomie du patient :**

Existe-t-il un handicap physique : OUI NON: _____
Le/La patient(e) est en fauteuil : OUI NON
Troubles sphinctériens : OUI NON: _____
Autonomie pour la vie quotidienne OUI NON: _____
Entourer les aides nécessaires : toilette, habillage, repas, déplacement, _____
Troubles cognitifs : OUI NON: _____
Tutelle ou curatelle : OUI NON: _____
Accompagnement souhaitable : OUI NON: _____
par éducateur, conjoint, parent, _____

Date de la demande :

Signature et tampon médical :



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*

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