

## 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

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

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

- 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<sup>er</sup> 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) : \_\_\_\_\_

**Joindre un BILAN biologique SVP**

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

Autres antécédents notables et suivis :

Patient en ALD : OUI / NON : pour (autre que diabète) \_\_\_\_\_  
CARDIO-VASculaires (autres) : \_\_\_\_\_  
PULMonaires : \_\_\_\_\_  
HEPatiques ou DIGestifs : \_\_\_\_\_  
URO-NEPHROlogiques : \_\_\_\_\_  
GYNécologiques : \_\_\_\_\_  
RHUMatologiques ou ORTHO : \_\_\_\_\_  
DERMatologiques : \_\_\_\_\_  
HEMATOlogiques : \_\_\_\_\_  
NEUROlogiques : \_\_\_\_\_  
PSYchiatriques : \_\_\_\_\_  
ENDOcriniens (hors diabète) : \_\_\_\_\_  
Allergies (médicamenteuses, 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 gastrectomie, 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 ou mail :**

*Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé - HDJ de réadaptation en diabétologie et nutrition*

*Rue Roger Signor – BP 43083 – 29123 PONT L'ABBE Cedex*

*Mail: [hdpa.hdj@hstv.fr](mailto:hdpa.hdj@hstv.fr)*

*02.98.82.40.84*

Nom : _____	Prénom : _____
Nom de naissance : _____	Nationalité : _____
Date de Naissance : ____/____/____	Lieu de naissance : _____
Situation familiale : <input type="checkbox"/> en couple	<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 : _____

**NB. Joindre une photocopie de votre carte d'identité**

**Cadre réservé à l'établissement**

Reçu le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ok :

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

\_\_\_\_\_