

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.endocrino.medinterne@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 : <input type="checkbox"/>
Nom : _____
Signature : _____

SIGNATURE OBLIGATOIRE

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^{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) : _____

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 :