

## **Demande d'admission Service de nutrition**

Merci de bien vouloir compléter entièrement les deux volets de votre demande d'admission, comprenant :

1. une partie administrative à remplir par vous-même
2. une partie médicale à remplir et à signer par votre médecin prescripteur

Le dossier complet est à adresser à Madame Anna KOCHER, infirmière coordinatrice du service de nutrition par mail : [ssrnutrition@cognacq-jay.fr](mailto:ssrnutrition@cognacq-jay.fr) ou à l'adresse postal : 15 rue Eugène Millon 75015 PARIS

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité.**

### **VOLET ADMINISTRATIF**

#### **Identité du patient**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Age : ..... Sexe :  M  F

#### **Coordonnées du patient**

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel (fixe) : ..... Tel (portable) : .....

Mail : .....

#### **Connaissance du Français :**

Bonne :  Moyenne :  Besoin d'un traducteur :  Langue : .....

#### **Couverture sociale :**

Droit ouvert  oui  non Mutuelle  oui  non ALD  oui  non

CSS (Couverture sociale solidaire)  oui  non AME  oui  non

#### **Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

**Habitudes alimentaires :**

Sans Viande :  Sans Porc :  Sans Poisson :  Sans Œuf :  Peu salé :

Allergies : .....

: .....

: .....

: .....

Autres : .....

**Situation Juridique :**

Sous tutelle :

sous curatelle :

sous sauvegarde de justice :

Nom du tuteur ou curateur : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**VOLET MEDICAL**

*A remplir par votre médecin prescripteur*

Dr : ..... Spécialité : .....

Date de la demande le : .....

**Demande émanant** :            Patient :       Médecin :       Patient et Médecin :

**Données médicales** :

Poids : .....Kg

Taille : ..... cm

IMC : .....kg/m<sup>2</sup>

**Objectif(s) de la prise en charge** :

Prise en charge multidisciplinaire centrée sur de l'éducation thérapeutique  oui     non

**Retentissement de l'obésité sur la vie quotidienne** :

- Pas d'impact
- Moyennement handicapant
- Handicap majeur dans la vie professionnelle, et/ou familiale et /ou sociale
- Isolement, arrêt de travail

**Comorbidités** :

-  
-  
-  
-

**Traitements :** (ou merci de nous joindre la dernière ordonnance)

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_ Matin : \_\_\_ Midi : \_\_\_ Soir : \_\_\_

**Autonomie :**

Toilette  oui  non  Partielle Préciser :

Déplacement  oui  non  Partielle Préciser :

Respiration  oui  non  Partielle Préciser :

Port d'une CPAP  oui  non  Partielle Préciser :

Alimentation  oui  non  Partielle Préciser :

Élimination  oui  non  Partielle Préciser :

**Autres précisions :**

➤ Plaies  oui  non localisation :

➤ Infection en cours  oui  non site :

➤ Patient BMR  oui  non

➤ Trouble du comportement  oui  non

Si oui merci de préciser :

Cachet du prescripteur :

Signature du prescripteur :

**Afin d'améliorer au mieux le séjour de votre patient, merci de prescrire :**

- **Un bilan biologique datant de moins de 3 mois avant son hospitalisation, que le patient rapportera le jour de son entrée dans le service avec :**
  - NFS, plaquettes,
  - Glycémie à jeun,
  - Exploration d'anomalie lipidique,
  - Acide urique,
  - Ionogramme sanguin,
  - Créatinémie,
  - Urémie,
  - ASAT, ALAT, GGT, PAL,
  - Ferritinémie,
  - TSH us,
  - CRP
  - HBA1C s'il est diabétique,
  
- **Si le patient a plus de 40 ans ou si il est diabétique :** un bilan d'exploration cardiovasculaire datant de moins d'un an.
  
- Les derniers comptes rendus hospitalisation ou de consultation qui pourraient être nécessaires à sa prise en charge.