

## 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 postale : 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 :

Droits ouverts ☐ oui ☐ non Mutuelle ☐ oui ☐ non ALD ☐ oui ☐ non

CSS (Complémentaire Santé Solidaire) ☐ oui ☐ non AME ☐ oui ☐ non

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Mail .....

**Situation Juridique :**

Sous tutelle : ☐      Sous curatelle : ☐      Sous sauvegarde de justice : ☐

Nom du tuteur ou curateur : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

**Habitudes alimentaires :**

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

Allergies : .....

.....

.....

Autres : .....

.....

## VOLET MEDICAL

***A remplir par votre médecin prescripteur***

Dr : ..... Spécialité : .....

Date de la demande : .....

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

**Données médicales :**

Poids : .....Kg      Taille : ..... cm      IMC : .....kg/m<sup>2</sup>

**Evolution pondérale** : Stable ☐ Ascendante ☐ Descendante ☐

**Modification thérapeutique du mode de vie depuis :**

Moins de 6 mois ☐ 6 à 12 mois ☐ au-delà de 12 mois ☐

**Patient déjà connu de notre service :** Oui ☐ Non ☐

Si oui, date du dernier séjour : .....

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

**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 :**

- 
- 
- 

Pathologies psychiatriques (à préciser si nécessaire)

**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 fournir à votre patient :**

- Un certificat de non contre-indication à l'activité physique adaptée
- Ou si cela vous semble nécessaire, de prescrire un bilan d'exploration cardio-vasculaire pour la reprise de l'activité physique.
- Les derniers comptes rendus hospitalisation ou de consultation qui pourraient être nécessaires à sa prise en charge.