

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 : ssnutrition@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 :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Mail :

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/m²

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 s'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.