

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 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/m²

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

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.