

Cette demande d'admission est à remplir par le médecin prescripteur avec le patient.

Afin d'éviter toute erreur d'identité, veuillez compléter la fiche en **LETTRES MAJUSCULES** lisibles

Date de la demande :/...../.....

Médecin Prescripteur : Dr Prénom :
 Adresse :
 Tél. : Fax : Email :@.....

IDENTITE PATIENT : Mr Mme

Nom de Naissance : Nom utilisé ou Nom d'usage :

Premier Prénom de Naissance :

Date de Naissance :/...../..... N° Sécurité Sociale :

Adresse :

Tél. : Portable : Email :@.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX SUR LE PATIENT :

Poids du patient : Taille du patient : IMC :

ANTECEDENTS (cases à cocher)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète non insulino dépendant
<input type="checkbox"/> Diabète insulino dépendant
le patient gère seul ses injections <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle
<input type="checkbox"/> Insuffisance coronarienne / cardiaque
<input type="checkbox"/> Artérite
<input type="checkbox"/> Dyslipidémie
<input type="checkbox"/> Hyperuricémie
<input type="checkbox"/> Coxarthrose | <input type="checkbox"/> Gonarthrose
<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Apnée du sommeil
<input type="checkbox"/> Mycose des plis
<input type="checkbox"/> Plaies et pansements par une infirmière
<input type="checkbox"/> Troubles trophiques des membres inférieurs
<input type="checkbox"/> Autres précisez :
..... |
|---|--|

AUTONOMIE DU PATIENT : à compléter par le patient

DEPLACEMENT	Seul	Accompagné	Canne	Déambulateur	Fauteuil
- Dans le logement					
- A l'extérieur					
* petite distance 50m					
* grande distance > 50m					

TOILETTE	Seul	Aidé
- Complète		
- Intime		
- Jambes/Pieds		
HABILLAGE		

TRAITEMENT EN COURS :

Nom du traitement	M	M	S	C	Nom du traitement	M	M	S	C
▪					▪				
▪					▪				
▪					▪				
▪					▪				
▪					▪				

En vue de l'ADMISSION DU PATIENT

Le patient sera contacté par notre service pour convenir d'une date de consultation de préadmission.

EXAMENS INDISPENSABLES A FOURNIR LE JOUR DE LA CONSULTATION DE PRE-ADMISSION DU PATIENT :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bilans biologiques de moins de 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> o Bilan lipidique o Glycémie à jeun o HbA1c, microalbuminurie si diabétique o Acide urique o Bilan hépatique o TSH, créatinine o NFS / Plaquettes | <ul style="list-style-type: none"> - ECG d'effort ou scintigraphie myocardique de moins de 6 mois si patient de plus de 50 ans ou plus de 40 ans diabétique - Enregistrement du sommeil si apnée du sommeil connue - Comptes Rendus médicaux et radiographies réalisées depuis 2 ans |
|--|---|

Cette demande ne sera validée que si elle est accompagnée d'un courrier médical motivant la demande et des ordonnances du patient