melioris Le Logis des Francs	**FORMULAIRE DEMANDE D'ADMISSION SERVICE DE PREVENTION ET SOINS DE L'OBESITE ADULTE**	Réf.	**R2.1.EN.02**
		Version	09
		Date	01.02.2024
		Page	1 / 1

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 : ……/……/……

☐ **Hospitalisation Temps Partiel** (Si lieu de résidence <40km et patient autonome)

☐ **Hospitalisation Complète**

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)

☐ Diabète non insulino dépendant
☐ Diabète insulino dépendant
le patient gère seul ses injections ☐ OUI ☐ NON
☐ Hypertension artérielle
☐ Insuffisance coronarienne / cardiaque
☐ Artérite
☐ Dyslipidémie
☐ Hyperuricémie
☐ Coxarthrose

☐ Gonarthrose
☐ Dépression
☐ Apnée du sommeil
☐ Mycose des plis
☐ Plaies et pansements par une infirmière
☐ Troubles trophiques des membres inférieurs
☐ Autres précisez : ……
……

AUTONOMIE DU 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.

Demande validée uniquement accompagnée d'un courrier médical et des ordonnances du patient.

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

- Bilans biologiques **de moins de 3 mois** :
  - Bilan lipidique
  - Glycémie à jeun
  - HbA1c, microalbuminurie si diabétique
  - Acide urique
  - Bilan hépatique
  - TSH, créatinine
  - NFS / Plaquettes

- 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