

**Coordonnées de l'établissement – service demandeur (Nom ou Cachet) :**

☎ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 📠 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Identité :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville :

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**Couverture sociale** (ou copie attestation CPAM et mutuelle) :

Numéro sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse du centre : \_\_\_\_\_

Mutuelle \_\_\_\_\_

Hospitalisation en rapport avec ALD    oui        non    **PERIODE D'ADMISSION SOUHAITEE** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ **Séjour souhaité :**Education diététique et diabétique de base (1 semaine) \*Education diététique dans le cadre de l'obésité (3 sem.) \*Programme d'éducation thérapeutique pour le diabète (3 sem.) \**\*La durée du séjour peut être réévaluée par le médecin de notre établissement en fonction des besoins médicaux.*



**DEMANDE D'ADMISSION EN UNITE DIABETOLOGIE -  
DIETETIQUE**

Service de régulation des admissions

☎ 01.34.40.41.41 📠 01.34.40.42.97

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

	Date dernier examen	A programmer	Observations
E.C.G.			
Echo cardiaque			
Echo doppler			
Test d'effort			
Polysomnographie			
EMG			
Echo abdominale			
Fond d'œil			
Angiographie rétinienne			
O.C.T			
Autres examens			

*Le patient devra apporter les résultats lors de l'hospitalisation.*

**DERNIERES CONSTANTES**

Poids : \_\_\_\_\_ kg      Taille : \_\_\_\_\_ cm      Tension artérielle : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS EN COURS (ou copie dernière ordonnance)**

Traitement	Dosage	Posologie

23 rue des Frères Capucins – 95310 Saint Ouen l'Aumône – Adresse postale : 95315 Cergy Pontoise Cedex

Tél. : 01 34 40 41 42 – Fax médical : 01 34 40 42 97

www.cliniqueduparc.org – E-mail : contact@cliniqueduparc.org

AUTONOMIE DU PATIENT

	Autonome	Aide partielle	Aide complète
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elimination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cohérence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspect social – Conditions de vie

Le patient vit il seul à domicile ?      oui       non

Entourage :

Devenir :

Commentaires :

