

# Clinique de Villecresnes

8 boulevard Richerand - 94440 Villecresnes

Médecine – Soins de suite-Nutrition

☎01-56-73-14-12 // FAX : 01-56-73-14-18

Date de réception du dossier :	Décision du CME : <input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé
--------------------------------	--

## DOSSIER MEDICAL de PRE-ADMISSION au PROGRAMME ETP

Validité de ce questionnaire : 3 mois

**A remplir par votre médecin traitant et à nous retourner impérativement par courrier**

**Adresser avec le dossier : votre carte de mutuelle recto-verso, votre pièce d'identité recto-verso et copie de l'ordonnance de vos médicaments**

*A l'intention du médecin traitant*

*Cher Confrère,*

*Nous démarrons au sein de la clinique de Villecresnes, des séjours d'éducation thérapeutique pour le diabète. Pour permettre une admission de votre patient dans notre établissement, veuillez s'il vous plait remplir ce dossier qui nous permettra de traiter votre demande.*

*Nous tenons à vous préciser que nous acceptons les patients atteints du Diabète de type 2 uniquement.*

*Le médecin responsable*

Nom ..... Prénom : .....

Date de naissance : /.....//.....//...../

Téléphone : .....

Adresse :

.....  
.....  
.....

Mail : .....

.....

### MOTIF PRECIS DE LA DEMANDE

Déjà hospitalisé(e) à Villecresnes :

oui  non

Si oui, hospitalisé(e) en :

Hospitalisation depuis 1 an :

oui  non

Si oui où ?

### TRAITEMENT EN COURS

TRAITEMENT GENERAL :

Traitement neuro-psychiatrique  Oui  Non

*Si oui lequel ?*

Pathologies pour la(les)quelle(s) le 100% a été accordé :

## ANTECEDENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

Date de la découverte du diabète :

Date du dernier doppler des carotides :

Date du dernier fond d'œil :

Date de la dernière consultation de cardiologie :

Suivi en diabétologie :  Non  Oui  
 Tabac :  Non  Oui Combien ? .....  
 Alcool :  Non  Oui Combien ? .....  
 Toxicomanie :  Non  Oui Combien ? .....

Etat général du patient :  Bon  Moyen  Altéré

Cécité / Mal Voyant :  Non  Oui // Surdité / Mal entendant :  Non  Oui

ETAT CUTANE	normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Besoin de soins cutanés		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Obésité :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Suivi pneumologique :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
SAS ::	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Allergies Médicamenteuses	Allergies Alimentaires

### REGIME à prévoir

	Diabétique <input type="checkbox"/>	Gastroplastie <input type="checkbox"/>	Cacher <input type="checkbox"/>	Sans porc <input type="checkbox"/>
	Végétarien <input type="checkbox"/>	Sans gluten <input type="checkbox"/>	Sans sel <input type="checkbox"/>	
		Hyperprotidique <input type="checkbox"/>		
<b>Texture</b>	Normale <input type="checkbox"/>	Hachée <input type="checkbox"/>	Mixée <input type="checkbox"/>	Lisse <input type="checkbox"/>

CRITERES A PRECISER		Oui	Non
<b>Mobilité</b>	Mobilité sans aide (+/- canne) Capable de se déplacer seul(e) au sein de la clinique et prendre l'ascenseur		
	<u>Patient(e) en fauteuil roulant :</u> Se déplace seul(e) en fauteuil roulant Effectue seul(e) ses transferts		
	Besoin d'aide dans TOUS ses déplacements		
<b>Toilette</b>	Toilette et habillage sans aide (ou aide partielle)		
	Besoin d'aide pour la toilette et / ou habillage		
	Continence		
<b>Oxygène</b>	Respiration libre sans oxygène		
	Nécessite une oxygénothérapie		
<b>Activité physique</b>	Capable de marcher ½ h à l'extérieur et de participer à un cours d'une ½ h de réentraînement à l'effort		

Le médecin soussigné, certifie que le (la) patient(e) n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni de troubles psychiatriques non équilibrés et que son comportement est compatible avec la vie en collectivité.

Cachet et signature du médecin

le /.....//.....//.....