

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"/>		
Texture	Normale <input type="checkbox"/>	Hachée <input type="checkbox"/>	Mixée <input type="checkbox"/>	Lisse <input type="checkbox"/>

CRITERES A PRECISER		Oui	Non
Mobilité	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		
Toilette	Toilette et habillage sans aide (ou aide partielle)		
	Besoin d'aide pour la toilette et / ou habillage		
	Continence		
Oxygène	Respiration libre sans oxygène		
	Nécessite une oxygénothérapie		
Activité physique	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 /.....//.....//.....