

PROTECTION JURIDIQUE :

TUTELLE : OUI NON -ou- CURATELLE : OUI NON

AUX BIENS A LA PERSONNE

NOM DU TUTEUR ou CURATEUR :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

PERSONNE A PREVENIR : NOM : N° TELEPHONE :

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN-TRAITANT :

NOM - PRENOM : N° TELEPHONE :

ADRESSE : CP/VILLE :


A COMPLETER : SI VOUS AVEZ UN SUIVI SPECIALISE EN COURS :

COORDONNEES DE VOTRE CARDIOLOGUE :

NOM :  :


ADRESSE :

COORDONNEES DE VOTRE PSYCHIATRE ET/OU PSYCHOLOGUE :


NOM :  :

ADRESSE :

COORDONNEES AUTRE(S) SPECIALISTE(S) : PNEUMOLOGUE, DIABETOLOGUE, RHUMATOLOGUE ... :

NOM :  :

ADRESSE :

NOM :  :

ADRESSE :

HOSPITALISATION(S) ANTERIEURE(S) AU CENTRE MEDICAL DIETETIQUE " L'ALUMNAT" : OUI NON

Si **OUI**, combien d'hospitalisations Quand ?

* **Chambre individuelle souhaitée :** OUI NON

* *En fonction des disponibilités le jour de votre admission*

Signature obligatoire

Empty box for signature.

Tél. : 03 87 60 31 11

 Fax service médical : 03 87 60 35 26

 Fax administration : 03 87 60 00 17

secmed.scychazelles.ug-ne@ugecam.assurance-maladie.fr

www.ugecam-nordest.fr

DOSSIER MÉDICAL DE PRÉ-ADMISSION

A compléter par le Médecin prescripteur et à nous retourner

PATIENT(E) :

NOM : PRENOM :

 DATE DE NAISSANCE : |__|_|_| |__|_|_| |__|_|_|_|_| SEXE : M |__| F |__|

MOTIF(S) DE L'HOSPITALISATION :

	X
REEDUCATION NUTRITIONNELLE	
REENTRAINEMENT PHYSIQUE	
COUPURE DU MILIEU FAMILIAL ET/OU PROFESSIONNEL	
CARDIOVASCULAIRE	
PNEUMOLOGIQUE	
RHUMATOLOGIQUE	
PRE-OPERATOIRE	
INSCRIT DANS UNE FILIERE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE	
POST-OPERATOIRE	
AUTRES :	

POIDS ACTUEL :

|__|_|_|_|_|_|,|__|_| Kg

TAILLE :

|__|_|,|__|_|_|_|_| m

IMC :

|__|_|_|_|_|,|__|_|

ANTECEDENTS MEDICAUX :

• METABOLIQUES ET ENDOCRINIENS

DIABETE : TYPE 1 |__| TYPE 2 |__|

DYSLIPIDEMIE |__| HYPERURICEMIE |__| GOUTTE |__| HYPOTHYROIDIE |__| HYPERTHYROIDIE |__|

• CARDIOVASCULAIRES

HTA |__| INSUFFISANCE CORONAIRE |__| ARTERITE |__| CARDIOPATHIE |__| AUTRES :

• PNEUMOLOGIQUES

BPCO |__| INSUFFISANCE RESPIRATOIRE |__| OXYGENOTHERAPIE : OUI |__| NON |__|

SYNDROME APNEE DU SOMMEIL |__| APPAREILLE : OUI |__| NON |__| ASTHME |__|

• RHUMATOLOGIQUES, OSTEOARTICULAIRES

GONARTHROSE |__| COXARTHROSE |__| HERNIE DISCALE |__| CANAL LOMBAIRE ETROIT |__| AUTRES :

• DIGESTIFS

STEATOSE HEPATIQUE |__| CROHN |__| RCH |__| MALADIE COELIAQUE |__|

• **DERMATOLOGIQUES**

PLAIE : OUI NON LOCALISATION : AUTRE(S) :

• **PSYCHIATRIQUES**

SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF : OUI NON SI **OUI** : LEGER MODERE SEVERE

TROUBLES BIPOLAIRES PSYCHOSE AUTRES PRECISEZ :

RISQUE SUICIDAIRE : OUI NON

SUIVI PSYCHIATRIQUE EN COURS ? OUI NON

• **ADDICTIONS**

EXOGENOSE : OUI NON SI **OUI**, CONSOMMATION ACTUELLE :

AUTRE(S) ADDICTION(S) :

AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTEDECENTS CHIRURGICAUX :

ANTECEDENT RESECTION INTESTINALE : OUI NON

AUTRE(S) PRECISEZ :
.....
.....
.....

INFORMATIONS NUTRITIONNELLES :

LE PATIENT A T-IL DEJA BENEFICIE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE (NUTRITIONNELLE) ?

MEDICALE : OUI NON DIETETIQUE : OUI NON

CHIRURGICALE : OUI NON SI **OUI** : ANNEAU GASTRIQUE BY-PASS SLEEVE

DATE(S) ET LIEU(X) :

PRATICIEN(S) :

ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE (S) ? OUI NON

SI **OUI**, LESQUELLES :

LE PATIENT CUISINE T-IL SEUL ? OUI NON

Si **NON** : QUI EST RESPONSABLE DE LA REALISATION DE SES REPAS ?
.....

TRAITEMENT(S) EN COURS : (merci de joindre la photocopie de sa dernière ordonnance)

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

PATIENT DEPENDANT**Si OUI** : merci de compléter les renseignements ci-dessous**DEPLACEMENTS :**

DIFFICULTES A LA MARCHE (MAIS SANS AIDE)	
CANNE(S)	
DEAMBULATEUR	
FAUTEUIL ROULANT	

TRANSFERTS :

SEUL	
AVEC AIDE HUMAINE	
VERTICALISATEUR	
LEVE PERSONNE	

ALIMENTATION :

AVEC AIDE HUMAINE	
ALIMENTATION ENTERALE (SNG, ...)	

TROUBLES SPHINCTERIENS :

INCONTINENCE URINAIRE	
SONDE URINAIRE	
INCONTINENCE FECALE	
STOMIE	

COMMUNICATION

CECITE	
SURDITE	
APPAREILLAGE	
TROUBLES DE L'ELOCUTION	

FRANCAIS :

NON LU	
NON PARLE	
NON COMPRIS	
LANGUE(S) PARLEES(S) :	

TROUBLES COGNITIFS :

DEMENCE, ALZHEIMER	
RETARD MENTAL	
AUTRE(S) :	

Cachet et Signature du Médecin :

Fait à :

Le : | | | | | | | | | |