



# SERVICE DE MEDICO-DIETETIQUE / POLE B

N° de tél. du secrétariat : 03.27.56.75.62

Fax : 03.27.56.75.38

IT-MD76

**Les dossiers de pré admission sont à adresser au secrétariat du service  
Tél : 03.27.56.75.62**

Demande d'admission à l'Hôpital Départemental de Felleries-Liessies par le médecin demandeur

**Tous les champs doivent être obligatoirement remplis par le médecin demandeur**

L'acceptation du dossier sera soumis à un avis de la commission médicale d'admission après réception du dossier de pré admission dûment rempli par le médecin demandeur.

La commission de pré admission se réunit une fois par semaine.

### Modalités de la prise en charge

Critères d'admission : ils doivent être évalués au cours d'une consultation médicale ou pluridisciplinaire préalable à l'admission.

Les indications sont :

- Patients adultes obèses (IMC>30), nécessitant une rééducation nutritionnelle et physique, dont l'environnement social, psychologique ou géographique ne permet pas une prise en charge ambulatoire ou en complément de celle-ci ;
- Patients adolescents (à partir de 15 ans et 3mois),
- Patients obèses sévères dans certains cas de préparation à une intervention de chirurgie bariatrique nécessitant un accompagnement spécifique notamment psychologique, nutritionnel et comportemental ou en cas de complications nutritionnelles post-opératoires.

Nom du médecin : .....

Date de la demande : . . / . . / . . . .

Séjour antérieur dans notre service :  oui  non                      nombre de séjour . .

1<sup>er</sup> séjour : Année.....                      2<sup>ème</sup> séjour : Année .....                      3<sup>ème</sup> séjour : Année .....

### Identification du patient :

Nom :.....                      Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

### DESCRIPTION DE L'ETAT DE SANTE ACTUEL JUSTIFIANT LA DEMANDE DE SEJOUR

Poids  ,  kg                      Taille ,  m                      I.M.C  ,

Diabète : type 1  type 2                       Complicé :                      oui  non

Insuffisance respiratoire :                       B.P.C.O                       Nécessité d'oxygène

Syndrome apnée du sommeil                      Appareillé ?                      oui  non

H.T.A                       Insuffisance coronaire

**Avis cardiologique récent (<6 mois) à transmettre pour tout patient âgé de plus de 40 ans.**

*et /ou* dont l'IMC > 40

*et /ou* diabétique

*et /ou* aux antécédents cardio-vasculaires

*et /ou* consommateur chronique de tabac ou d'alcool

Syndrome anxio-dépressif : oui  non  si oui : léger  modéré  sévère

P.M.D  Troubles obsessionnels  Psychose  Autres  \_\_\_\_\_

Suivi psychiatrique en cours ? oui  non  nom du psychiatre : \_\_\_\_\_

Autres antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents chirurgicaux : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chirurgie bariatrique : \_\_\_\_\_

Tabagisme  Allergies \_\_\_\_\_

Consommation chronique d'alcool

Traitement actuel ou *photocopie de la dernière ordonnance* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Objectif de la prise en charge :**

Qu'attendez-vous plus particulièrement de son séjour au centre ?

### **Indications :**

Education nutritionnelle  réentraînement physique  réduction pondérale

Coupure du milieu familial  problème métaboliques  problèmes cardiovasculaires

Problèmes rhumatologiques  pré-opératoire  préparation à la chirurgie bariatrique

### **Pour que votre dossier soit traité dans les meilleurs délais :**

➤ en cas d'antécédents psychiatriques, un courrier récent du psychiatre est souhaité,

➤ une lettre de motivation, manuscrite, est exigée du patient.

**Veillez joindre les derniers bilans sanguins et examens cardiologiques effectués impérativement avant l'admission.**

Le patient vous paraît-il motivé à la prise en charge hospitalière de 4 semaines : oui  non

Le patient est-il autonome : oui  non

Présente-t-il un handicap ? oui  non

**Si oui, lequel ?** difficulté à la marche  déambulateur  fauteuil roulant

Toilette : dépendance partielle  totale  incontinence  nocturne  diurne

Habillage : dépendance partielle  totale

Lecture : oui  non  Écriture : oui  non

Le patient jouit-il de toutes les facultés mentales permettant son intégration à la vie du centre ?  
oui  non

Signature du praticien + cachet

---

**Partie réservée à l'Hôpital Départemental de Felleries-Liessies**

Accord médical :  oui  non

Date : . . / . . / . . . .

Praticien

signature du praticien

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

- A compléter par le demandeur -

**A RETOURNER AVEC VOTRE DOSSIER MEDICAL D'ADMISSION**

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

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Si vous êtes divorcée, merci de préciser le nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

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

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**SITUATION DE FAMILLE** : cocher la case correspondante

Célibataire     Marié(e)     Veuf(ve)     Divorcé(e)     Union libre

Nom et prénom de l'assuré, si vous n'êtes pas l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Numéro d'immatriculation : \_\_\_\_\_ clé : \_\_\_\_\_

Organisme d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

PROTECTION JURIDIQUE : Non  Oui  Tutelle  Curatelle

Organisme mutuelle complémentaire : \_\_\_\_\_

Cordonnées : \_\_\_\_\_

Carte européenne : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, adresse, téléphone(s) de la personne à contacter en cas de besoin :

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : (ex : parent, ami...) \_\_\_\_\_

***Il est impératif de joindre une copie de votre carte d'identité et carte de mutuelle***