

## FORMULAIRE MEDICAL

(A renseigner et à signer par le médecin)

*Vous vous apprêtez à remplir le formulaire médical d'inscription en hôpital de jour de réadaptation en nutrition.*

*Celui-ci est destiné aux patients adultes (âge > 18) dont l'Indice de Masse Corporelle est supérieur à 30. L'Hôpital de jour proposant une prise en charge ambulatoire, les patients doivent être un minimum autonomes et motivés.*

❖ **Coordonnées du patient : Nom, prénom :** \_\_\_\_\_

❖ **Coordonnées des médecins :**

Nom, prénom du médecin prescripteur de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Nom, prénom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

❖ <b>Affections associées :</b>	<b>Poids :</b>	<b>Taille :</b>	<b>IMC :</b>
Artérite :	OUI NON		Insuffisance respiratoire : OUI NON
Diabète :	OUI NON		Asthme: OUI NON
Cardiopathie :	OUI NON		Hernie hiatale : OUI NON
Hypertension:	OUI NON		R.G.O: OUI NON
Dyslipidémie :	OUI NON		Colopathie: OUI NON
Stéatose hépatique:	OUI NON		Syndrome dépressif : OUI NON
Goutte :	OUI NON		Ulcère de jambes : OUI NON
Apnée du sommeil :	OUI NON		
Pathologies articulaires :	OUI NON		Si oui, lesquelles : _____
Pathologies infectieuses :	OUI NON		Si oui, lesquelles : _____
Allergies alimentaires :	OUI NON		Si oui, lesquelles : _____
Allergies médicamenteuses :	OUI NON		Si oui, lesquelles : _____
Chirurgie bariatrique réalisée :	OUI NON		Si oui, laquelle et quand : _____
Autres antécédents : _____			

❖ **Prise en charge antérieure (en rapport avec la demande actuelle) :**

Démarches thérapeutiques entreprises :

- Conseils diététiques : OUI NON
- Interventions visant à augmenter l'activité physique : OUI NON

Par qui : \_\_\_\_\_

- Approches psychologiques et cognitivo-comportementales : OUI NON

Par qui : \_\_\_\_\_

- Hospitalisations antérieures :

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date/Durée : \_\_\_\_\_

❖ **Autonomie physique :**

Handicaps physiques : OUI NON

Fauteuil roulant : OUI NON

Troubles sphinctériens : OUI NON

Autonomie pour tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, autonomie de déplacement) :

OUI NON

Si non, précisez les aides nécessaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

❖ **Traitement médicamenteux (en cours et à poursuivre) :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :



**DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT pour étude du dossier :**

- Duplicata d'une ordonnance contenant la **totalité** des traitements, **toutes spécialités confondues**, en spécifiant les ALD.
- **Bilan biologique** (NFS-P, Glycémie à jeun, HbA1C si patient diabétique, Ionogramme, urée, créatinine et clairance, EAL, TSHus, ASAT, ALAT, gamma GT, Albumine et CRP si patient  $\geq 65$  ans) **datant de moins de 3 mois.**
- Et si besoin, joindre **les courriers antérieurs utiles.**