DEMANDE D'ADMISSION
SSR Diabétologie/Endocrinologie-Nutrition

Réf : **GHIV-DR2017-0209**	Version : 006	Date d'application : 28.07.2021	Page 1 sur 3

Merci d'adresser cette demande par fax au : 01.34.79.43.41 ou par courrier à l'adresse suivante :
GHIV – Site d'Aincourt - Parc de la Bucaille
Service de diabétologie endocrinologie
BP 50039 95420 MAGNY EN VEXIN

TYPE DE SEJOUR DEMANDE : Transfert ❒ Hospitalisation De Semaine ❒

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Etablissement de santé ❒ Précisez le service :
Médecin traitant ❒ Précisez le téléphone :

MOTIF DE LA DEMANDE :

Diabète ❒ Type I ❒ Type II ❒ HBA1C: _____
Obésité ❒ Poids : _____ Taille : _____
Autres ❒ développez : _____

A COMPLETER PAR LE MEDECIN

Objectifs de la demande de séjour dans le service :

_____

_____

_____

Antécédents :

Joindre une copie de l'ordonnance en cours

Le patient a t il eut la COVID ? ❒ **oui** ❒ **non** Quand ?
Est-il vacciné ? ❒ **oui** ❒ **non** ❒ 1 injection ❒ 2 injections
Joindre une copie du « pass sanitaire », le cas échéant

Le patient a t-il été hospitalisé, hors de France Métropolitaine, dans les 12 derniers mois ?
❒ **oui** ❒ **non**

Si oui, mesure d'isolement mis en œuvre ?
❒ oui ❒ non

Synthèse de l'hospitalisation si transfert :
Merci de compléter la page 3 si autres soins ou autonomie partielle.

_____

DATE ET SIGNATURE

A COMPLETER PAR LE PATIENT

NOM : Prénom : né(e) le :
H ❒ F ❒
Adresse : _____ **N° de tel :**
_____

Situation familiale :
Célibataire ❒ Marié ❒ Vie maritale ❒
Séparé ❒ Divorcé ❒ Veuf(ve) ❒

Renseignements sociaux :

Situation socioprofessionnelle :

Salarié ❒ Pensionné ❒
Demandeur d'emploi ❒ Retraité ❒
Bénéficiaire de Prestations sociales ❒ Etudiant ❒

Conditions de vie :

Appartement ❒ Pavillon ❒
Plain-pied ❒ Plain-pied ❒
Etage(s) ❒ Précisez nombre : Escalier ❒ Ascenseur ❒

Aides déjà en place à domicile : Oui ❒ Non ❒

Si oui :
Aide-ménagère ❒ Services à domicile ❒
Infirmière ❒ Famille ❒
Merci de compléter la page 3

Assurance maladie : CPAM ❒ autre régime ❒
Mutuelle ❒

Votre séjour :

☐ En chambre double
☐ En chambre individuelle : **49 Euros par Jour**, pour vérifier la prise en charge auprès de votre mutuelle :

- N° FINESS : 950015289
- DMT : 184
- N° FAX du service des admissions : 01 34 79 44 09

Votre mutuelle prend-elle en charge le supplément chambre particulière ? Oui ❒ Non ❒

Coordonnées de la famille la plus proche ou de la personne à contacter :
Nom : Prénom :
Nature du lien parental : _____

Etes-vous en mesure d'assurer vos transports aller/retour pour les week end ? Oui ❒ Non ❒
Si non, vous devez vous organiser pour vos transports pour lesquels.

Existence d'hospitalisations antérieures, en lien ou non avec la pathologie, dans les cinq années précédant la demande ? Oui ❒ Non ❒
Si oui, précisez date, durée et Lieu : _____
_____

Etes-vous suivi(e) par ? :

Médecin traitant ❒ Endocrinologue ❒ Diététicienne ❒ Psychiatre ❒
Psychologue ❒ Autre, précisez : _____

- **Joindre une copie de vos ordonnances en cours et vous pourrez venir à l'hôpital avec 48 h de traitement habituel.**

Existence d'un régime alimentaire : ❒ depuis le : _____

Quelles sont vos attentes par rapport au séjour dans le service ? (cette question doit impérativement être renseignée pour l'étude du dossier par la commission)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nom, Prénom, date et signature de la personne ayant complété le document :

EVALUATION DE L'AUTONOMIE DU PATIENT

Nom : …… **Prénom :** ……

Mobilité actuelle :

❑ Autonome ❑ Marche avec aide ❑ Est levé(e) au fauteuil ❑ Aide totale

Matériel : ……

Alimentation :

❑ Mange seul(e) ❑ Aide partielle ❑ Aide totale ❑ Sonde gastrique
❑ Nutrition entérale

Régime : ……

Remarques : ……

Hygiène :

❑ Se lave seul(e) ❑ Aide partielle ❑ Aide totale

Remarques : ……

Habillage :

❑ Autonome ❑ Avec aide ❑ Aide totale

Remarques : ……

Elimination :

❑ Continent(e) ❑ Incontinent(e) selles ❑ Incontinent(e) urines : (☐ diurne (☐ nocturne ❑ stomie

Appareillage : ……

Respiration :

❑ Autonome ❑ Oxygène (……h/jour) ❑ Trachéotomie ❑ Assistance respiratoire (…….. h/jour) ❑ Autonome avec son appareillage

Etat psychique :

❑ Normal ❑ Motivé ❑ Dépressif ❑ Confus ❑ Désorienté ❑ Fugueur

Remarques : ……

Etat sensoriel :

	Bon	Moyen	Faible	Appareillage
Vue	❑	❑	❑	❑
Ouïe	❑	❑	❑	❑
Communication	❑	❑	❑	❑

Etat cutané :

Escarres ❑ non ❑ oui localisation(s) : ……
Autres préciser : ……. localisation(s) : ……
Préciser : ……. localisation(s) : ……

Matériel à prévoir :……

Risque infectieux : ❑ non ❑ oui

❑ Infection ❑ Germe(s) résistant(s) Localisation(s) : ……
Germe(s) : ……