

DEMANDE D'ADMISSION

SMR 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 : **Hôpital NOVO** – 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 3Assurance 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) :