



DOSSIER DE PRÉADMISSION HDJ

Envoyer par mail : administratif@valicelli.fr - Contact : 04 95 27 88 10

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : né(e) le ____/____/____ Sexe : ☐ H ☐ F

Adresse : _____

N° de téléphone : ____/____/____/____/____

N° de Sécurité Sociale : _____ Nom de la mutuelle : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : ____/____/____/____/____

PRESCRIPTION

● Nom du médecin demandeur : _____ Tél : ____/____/____/____/____

● Nom du médecin traitant : _____ Tél : ____/____/____/____/____

● Motif de la demande de participation au programme d'Hospitalisation De Jour : _____

● Surcharge pondérale Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

● Evolution du poids sur les derniers mois : _____

● Retentissement médical et fonctionnel : _____

● Le patient a-t-il déjà effectué un séjour dans notre établissement ?

☐ Non ☐ Oui. A quelle date ? : ____/____/____

● Y a-t-il eu d'autres prises en charge de l'obésité par le passé ?

☐ Non ☐ Oui. Lesquelles ? _____

● Date de début souhaitée : _____

● A quelle fréquence envisagez-vous de suivre le programme : ☐ chaque vendredi ☐ 1 vendredi sur 2

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

1. Médicaux

2. Chirurgicaux

3. Psychiatriques

4. Allergies (alimentaire, médicamenteuse, environnementale...)

5. Etat général (autonomie)

- ☐ Totalement autonome
- ☐ Aide à la marche. Si oui, laquelle : _____
- ☐ Aide à la toilette. Si oui : ☐ Totale ☐ Partielle
- ☐ Troubles cognitifs. Si oui, préciser : _____
- ☐ Aide aux repas. Si oui, préciser : _____

6. Traitement en cours

- ☐ Non ☐ Oui. *Merci de joindre les ordonnances*

7. Dernier bilan biologique réalisé dans les 6 mois

- ☐ Non ☐ Oui. *Merci de joindre les documents*

8. J'atteste que mon patient ne présente pas de contre-indication médicale ou fonctionnelle à la pratique d'une activité physique adaptée

- ☐ Oui ☐ Non

Date, signature et cachet du médecin :

____/____/____



PRESCRIPTION MÉDICALE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Numéro d'immatriculation : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) À LA DATE DE LA DEMANDE :

- ☐ Activité salariée ☐ Activité non salariée ☐ Pensionné(e)
- ☐ Sans emploi. Date de cessation d'activité : _____
- ☐ Autre cas. Lequel : _____

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN DEMANDEUR

CERTIFICAT MÉDICAL CONFIDENTIEL

● Je prescris le séjour de Mme, M, _____
dans l'établissement **Clinique Valicelli Diabète et Nutrition**,
pour une durée de **6 mois (12 séquences)**.

● Renseignements médicaux justifiant la présente demande (état du malade, examens clinique et complémentaires, traitement médical et chirurgical) :

Fait le ____ / ____ / ____

À _____

Signature et cachet du médecin :