



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 :