



## INSTITUT DE DIABÉTOLOGIE ET NUTRITION DU CENTRE

Soins de suite et de réadaptation

**Dr Saïd BEKKA**

RPPS 10001996155

**Dr Bernadette DIJOUX**

RPPS 10002077534

**Dr Riad FARAH**

RPPS 10003751251

**Dr Sid MEKKI**

RPPS 10001498020

**Dr Philippe REBOUL**

RPPS 10001997492

**Dr Jean-Pierre RIOLI**

RPPS 10000774603

### ***INSCRIPTION A L'HOPITAL DE JOUR***

**Pôle Endocrinologie - Diabétologie**

**Maladies métaboliques - Nutrition**

#### **HOPITAL DE JOUR**

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi

de 7h30 à 12h et de 13 h à 15h30

Tél : 02 36 25 34 00

Fax : 02 36 25 34 01

[hdj.idnc@lna-sante.com](mailto:hdj.idnc@lna-sante.com)

Madame, Monsieur,

#### **L'Institut de Diabétologie et Nutrition de la Région Centre vous offre la possibilité :**

- de suivre des ateliers consacrés au Diabète et/ou au Surpoids-Obésité sur des séances du lundi au vendredi de 7h45 à 11h30, ou le jeudi de 13h45 à 17h pour les patients résidants hors du département d'Eure et Loir ou à plus de 50 kms de Chartres. Pour participer à ces ateliers en demi-journée, vous serez d'abord reçu, en entretien individuel, par nos différents professionnels de santé afin de déterminer avec vous vos besoins et de vous proposer des ateliers qui y correspondent.
- un programme de 2 semaines consécutives, tous les après-midis, de 13h45 à 17h pour les problèmes de surpoids (reprise prévue à la fin de la pandémie actuelle)
- un programme d'1 semaine, tous les après-midis de 13h45 à 17h pour les patients diabétiques (reprise prévue à la fin de la pandémie actuelle)
- Des séances d'éducation thérapeutiques dédiées à la pose de capteurs, de pompes à insuline, votre suivi ou encore la réalisation de votre bilan annuel
- Un programme spécifique pour le diabète gestationnel, destiné aux femmes enceintes diagnostiquées

Dans le cadre de l'Hôpital de Jour, ces séances, prises en charge par la sécurité sociale et les organismes de mutuelle, sont animées par des professionnels de santé spécialisés en éducation thérapeutique (ETP) :

- ✓ Diabétologues, endocrinologues et nutritionnistes
- ✓ Diététiciennes,
- ✓ Infirmières D. E.
- ✓ Psychologues,
- ✓ Educateurs sportifs spécialisés

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nous, nous nous ferons un plaisir de répondre à vos interrogations.

Pour toute demande d'admission, merci de bien vouloir remplir les documents ci-joints et nous retourner le dossier complet, accompagné des pièces justificatives dont vous trouverez la liste ci-jointe.

Un questionnaire spécifique, précisant les éléments médicaux importants, est à renseigner par votre médecin traitant ou votre médecin spécialiste ou votre médecin spécialiste.

Dans l'attente de vous accueillir prochainement au sein de notre unité d'hospitalisation de jour, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de nos sincères salutations.

***L'Équipe médicale et paramédicale de l'Institut de Diabétologie et Nutrition du Centre.***

## **LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER**

- **Fiche Admission Hôpital de Jour**
- **Fiche Administrative**
- **Fiche Sociale**
- **Fiche Médicale remplie par votre médecin**
- **La photocopie de votre dernière ordonnance de traitement (si traitement spécifique)**
- **La photocopie des résultats de votre dernier bilan sanguin (si moins d'un an)**
- **2 photocopies lisibles de votre pièce d'identité**
- **La photocopie de votre attestation de carte vitale**
- **La photocopie de prise en charge à 100 % pour diabète**

**OU**            **La photocopie de votre attestation CMUC ou AME ou Invalidité**

- **La photocopie de votre carte mutuelle**

## Admission Hôpital de jour

### Fiche Administrative

#### Identité du patient

Nom : Prénom :  
Nom de jeune fille :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Téléphone fixe : Portable :  
Adresse mail :

#### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom :  
Lien de parenté :  
Téléphone fixe : Portable :

#### Organisme d'Assurance maladie délivrant la prise en charge (se munir de la carte vitale mise à jour le jour de l'admission)

Caisse :  
Nom de l'assuré(é) :  
Numéro d'immatriculation :  
Bénéficiez-vous d'une invalidité au titre de la Sécurité Sociale :  Oui  Non  
Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % **pour diabète** :  Oui  Non  
SI NON , Votre mutuelle prend-elle en charge le risque MT 04 – DMT 171 (vous devez vous renseigner auprès de votre mutuelle)  Oui  Non

#### Mutuelle de santé complémentaire

Nom :  
Adresse :  
Code Postal : Ville :  
Téléphone :



## Admission Hôpital de jour

### Identité du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

### Identité de l'adresseur

Nom :

Institution :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

### Médecin traitant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

### Autre médecin correspondant

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

### Modalités d'admission

Repas du midi sur place :  Oui  Non (à régler sur place le jour même)

Allergies / Intolérances alimentaires :  Oui  Non Si oui lesquelles :

Préférences alimentaires :  Sans porc  Sans viande

## Admission Hôpital de jour

### *Fiche Sociale*

<b>Identité du patient</b>	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
<b>Situation professionnelle</b>	
Emploi actuel :	
<b>Situation familiale</b>	
<input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Célibataire	Nombre d'enfants :
<b>Protection juridique</b>	
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée	
Nom :	
Adresse :	
Tél :	Courriel :
<b>Transport (A votre charge)</b>	
Coordonnées de votre société de transport (taxi/ambulance) :	
Transport personnel : <input type="checkbox"/> Transports en communs <input type="checkbox"/> Véhicule personnel	

**Accord du patient pour la communication et l'information concernant son état de santé, son projet de soins au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'IDNC**

**Oui**    **Non**

## Admission Hôpital de jour *Fiche Médicale*

**(à remplir par votre médecin traitant)**

Identité du patient	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Poids :                      Taille                      Tension artérielle :                      IMC :	
Pathologie : <input type="checkbox"/> Diabète sous TT comprimés <input type="checkbox"/> Diabète Sous TT injectable <input type="checkbox"/> Surpoids	
<b>Autonomie</b> : la personne se déplace <input type="checkbox"/> de façon normale <input type="checkbox"/> Difficilement mais sans canne <input type="checkbox"/> avec l'aide d'une canne <input type="checkbox"/> En fauteuil roulant	
Antécédents	
Médicaux :	
Chirurgicaux :	
Familiaux :	
Allergies :	
Douleur (« 0 » : pas de douleur, « 10 » : douleur insupportable) : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	
Siège de la douleur :	
Pratique d'une activité physique	
<input type="checkbox"/> Pas de contre indication	
<input type="checkbox"/> Contre indication : .....	
Traitement actuel (joindre une copie des ordonnances en cours)	
Motif de la demande d'hospitalisation en Hôpital de Jour :	
Date et signature du Médecin	Cachet du médecin
RESERVE A L'INSTITUT DE DIABETOLOGIE ET NUTRITION DU CENTRE	
Validation prise en charge HDJ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON      Signature Médecin	