



**Cadre réservé à l'établissement**

Reçu le : \_\_\_\_\_

Accord  Refus

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**DOSSIER D'INSCRIPTION DANS L'UNITE DE NUTRITION**

(À remplir obligatoirement par le médecin et la famille)

« Afin de nous permettre de vous accueillir dans les meilleures conditions possibles, nous vous demandons de remplir ce dossier avec attention »

**Date de la demande** : ..... **Prise en charge souhaitée le** : .....

**Hospitalisation Complète**

**Hospitalisation de Jour**

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

NOM : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOM : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL POUR CONTACTER LE PATIENT / LA FAMILLE : .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : .....

SITUATION SOCIALE : SEUL  EN COUPLE  AUTRES : PRECISER : .....

TUTEUR  CURATEUR  .....

✓ LA PERSONNE A-T-ELLE DES AIDES A DOMICILE

soins d'hygiène  soins infirmiers

aide au repas  autres

préciser.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**PRINCIPAUX ANTECEDENTS :**

✓ MEDICAUX (AC/FA/HTA, ETC...):

.....  
.....

✓ CHIRURGICAUX :

.....  
.....

**ALLERGIES**

.....  
.....

**NATURE DE LA DEMANDE**

Dénutrition

Préparation à la Chirurgie

Obésité

autres .....

**ETAT NUTRITIONNEL**

TAILLE : .....POIDS : ..... IMC : .....

✓ LA PERSONNE A-T-ELLE UN REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

DIABETIQUE

SANS SEL

HYPOCALORIQUE

HYPER PROTEINIQUE

HYPERCALORIQUE

AUTRES : \_\_\_\_\_

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

## TROUBLES METABOLIQUES

DYSLIPIDEMIE       HYPERGLYCEMIE MODEREE A JEUN   
DIABETE DE TYPE 1       INSUFFISANCE RENALE   
DIABETE DE TYPE 2       HYPER URICEMIE

## ETAT PSYCHIQUE

## REGIMES PARTICULIERS

<u>AUTONOMIE</u>	HYGIENE	HABILLAGE	CONTINENCE	ALIMENTATION	COHERENCE	ORIENTATION
AUTONOME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE PARTIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDE TOTALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SUIVI THERAPEUTIQUE

✓ TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOINS TECHNIQUES      AUCUN

VOIE VEINEUSE PERIPHERIQUE	<input type="checkbox"/>	VOIE VEINEUSE CENTRALE	<input type="checkbox"/>
GLYCEMIES CAPILLAIRES	<input type="checkbox"/>	INSULINOTHERAPIE	<input type="checkbox"/> (NB D'INJECTIONS : .../JOUR)
SONDE GASTRIQUE	<input type="checkbox"/>	COLOSTOMIE	<input type="checkbox"/>
GASTROSTOMIE	<input type="checkbox"/>		

## AUTRES SOINS

✓ PANSEMENTS- TYPE ET LOCALISATION :

✓ AUTRES SOINS :      O2       AEROSOLS       VNI

## OBSERVATIONS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**JOINDRE LES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION, EXAMENS  
COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIQUES**

A : \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_

(Signature et cachet du médecin)