



Diabète coordination Ville/hôpital—95 Est
 Formulaire de demande d'hospitalisation - Réservé aux médecins libéraux

A faxer au : 01.74.93.34.26 ou par mail Date d'application : 26 Septembre 2016

Date

Médecin traitant RPPS :

Médecin adressant Fonction

Nom du patient

Nom de naissance

Prénom du patient

Date de naissance Sexe du patient Féminin Masculin

Téléphone

Pharmacie habituelle

Infirmière

Motif de consultation

Motif d'hospitalisation	Diabète de type I	Antécédents familiaux	Obésité
	Diabète de type II		Tabagisme
	Diabète et grossesse		HTA
	Pompe à insuline		Sédentarité
	Pied diabétique		Microalbuminurie
	Initiation de traitement par insuline		Dyslipidémie
	Autre		Antécédents familiaux

Antécédents

Aspect médicaux sociaux

Examen clinique :

Poids Taille IMC Tension Pouls

HbA1c Programme ETP OUI NON

Allergies OUI NON Si oui, lesquelles :

Fond d'oeil OUI NON

Suivi podologie OUI NON

Bilan cardio-vasculaire dans l'année OUI NON Transmission de la copie du traitement en cours
 OUI NON

Suivi diététique OUI NON S'agit-il de la liste complète des traitements pris par le patient ?
 OUI NON