



## DEMANDE D'ADMISSION HOPITAL DE JOUR - DIABETE DE TYPE 2

Vous souhaitez adresser un patient diabétique de type 2 pour qu'il intègre notre nouvel hôpital de jour dont les objectifs sont d'améliorer les connaissances sur le diabète afin qu'il soit acteur de sa prise en charge, améliorer l'équilibre du diabète et réduire le risque de complications chroniques.

Merci de renseigner les informations ci-dessous et de nous retourner le document.

Coordonnées secrétariat :

Adresse: 4 rue Adolphe Leray CS 54435 – 35044 RENNES Cedex –

Mail : [secretaires-medicales@clinique-styves.fr](mailto:secretaires-medicales@clinique-styves.fr)

Fax : 02.99.26.25.84 ☎ : 02.99.26.26.15

Cette prise en charge se déroulera le mercredi matin, une fois par semaine pendant 5 semaines. Le patient bénéficiera d'un entretien individuel en début et fin de prise en charge. Il assistera à des ateliers collectifs animés par l'infirmière, la diététicienne et l'éducateur en activité physique adaptée.

### Identité du médecin adresseur

Nom/prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone/mail : .....

### Identité du patient

Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse complète : .....

.....

Téléphone : .....

### Informations médicales

Ancienneté du diabète de type 2 : .....

Suivi par : .....

Traitement du diabète : .....

.....

.....

.....

Bilan du retentissement du diabète à jour :  Oui  Non



Complications du diabète : .....

.....

.....

.....

.....

Dernière HbA1c (date et résultat) : .....

.....

Le patient a-t-il déjà participé à un programme d'Education Thérapeutique pour son diabète :

Oui       Non

Si oui précisez date et lieu : .....

.....

.....

Autres antécédents : .....

.....

.....

.....

.....

Autres traitements : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres éléments importants à spécifier :

.....

.....

.....

.....