

**Pôle Endocrinologie - Diabétologie  
Maladies métaboliques - Nutrition**

**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

**HÔPITAL DE JOUR**

Secrétariat ouvert du lundi au vendredi

de 7h30 à 12h00 et de 13h00 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 du Centre (IDNC) vous propose :**

- ▶ de suivre des ateliers consacrés au diabète et/ou surpoids-obésité sur des **séances en libre choix** du lundi au vendredi de 7h45 à 11h30, ou le jeudi de 13h45 à 17h pour les patients résidant hors du département d'Eure-et-Loir (28) ou à plus de 50 kms de Chartres
- ▶ **un programme de 2 semaines consécutives**, tous les après-midis, du lundi au vendredi de 13h45 à 17h
- ▶ 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.

Du lundi au vendredi, des thématiques différentes sont abordées. Les plannings des ateliers proposés sont disponibles à l'accueil de l'Hôpital de Jour. Nous pouvons également vous les envoyer par email à votre demande.

Dans le cadre de l'Hôpital de Jour, les 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,**
- ✓ **Kinésithérapeute,**
- ✓ **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 demandées (liste en page 2).

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

## 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 Admission

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	
Merci de vous 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100 % <b>pour diabète</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si NON, votre mutuelle prend-elle en charge le risque MT 04 – DMT 171 ( <i>vous devez vous renseigner auprès de votre mutuelle</i> ) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mutuelle de santé complémentaire	
Nom :	
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone :	

## ADMISSION HÔPITAL DE JOUR

### *Fiche Administrative*

<b>Identité du patient</b>	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
<b>Identité de l'adresseur</b>	
Nom :	
Institution :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	
<b>Médecin traitant</b>	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone :	
<b>Autre médecin correspondant</b>	
Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Téléphone :	
<b>Modalités d'admission</b>	
Repas du midi sur place : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    (à régler sur place le jour même)	
Allergies / Intolérances alimentaires : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Si oui lesquelles :	
Préférences alimentaires : <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> 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 (à 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)*

<b>Identité du patient</b>	
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	