



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SEJOUR DE
READAPTATION NUTRITIONNELLE**

Hôpital Privé de la Baie
50300 AVRANCHES

Ce formulaire est à compléter, signer et tamponner par le MEDECIN PRESCRIPTEUR du séjour et à adresser par courrier ou par fax ou par mail sécurisé à l'équipe de coordination de nutrition.

tel 02.33.68.62.10

fax 02.33.68.62.12

mail : ssrnutrition@vivalto-sante.com

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Téléphone :

Portable :

Adresse :

Votre patient a-t-il déjà effectué un séjour dans notre service ? OUI (Date : 20) NON

Demande d'hospitalisation en : Hospitalisation complète HDJ Ne sait pas

Chirurgie de l'obésité envisagée : OUI NON Ne sait pas

Motif de la prise en charge et / ou principale plainte en relation avec l'excès de poids :

.....
.....

ANTECEDENTS :

- - -
- - -
- - -

TRAITEMENT EN COURS=> **Joindre la dernière ordonnance.**

Poids

Taille

IMC

Soins d'hygiène (toilette/habillage) : Autonome Aide partielle Dépendant

Mobilisation : Autonome Aide partielle dépendant : déambulateur Fauteuil roulant

Périmètre de marche : <100m entre 100 et 500m sup à 1 km

Plaie chronique ou escarre : OUI NON

Bilan cardiaque de moins de 1 an : OUI NON (si oui compte rendu à joindre à la demande si possible ou coordonnées cardiologue)

MEDECIN DEMANDEUR (signature et cachet) :

Téléphone médecin demandeur :