**DEMANDE D’ADMISSION**



UTEP

Demande reçue le

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tampon du demandeur  ou nom du médecin / service / établissement

**Education Thérapeutique du Patient**

Tél : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

**PATIENT**

Mr, Mme, Melle NOM :…………………………………………………………… Prénom ………………………………………………

Date de naissance : ……………/………………/……………

ADRESSE : ………………………………………………………………………………………………… Ville : ………………………………………………….

Téléphone : /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ Code Postal : ………………………………….

**Médecin traitant**  :……………………………………………………

**Programme ETP Demandé :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ETP AVK  ETP AOD**\*  \*Anticoagulants Oraux Directs | **ETP BPCO** | **ETP diabète** |
| **Renseignements Cliniques** | | |
| Pathologie motivant la mise sous anticoagulant :……………………………..  Durée prévisible    du traitement  INR Cible | Patient sous Oxygène oui non  Ventilation nocturne oui non | Diabète sous insuline oui non  Hémoglobine glycosylée Date : ……………………….  **g/l**  Complications rénales oculaires neurologiques vasculaires |

**Pathologies associées pouvant influer sur la maladie chronique:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Facteurs de Risques** : Tabac HTA Obésité Sédentarité Stress Dyslipidémie Hérédité

**Motifs de la demande:**

1. **Approfondir la connaissance du traitement**
2. **Approfondir la connaissance de la maladie chronique et de ses complications**
3. **Maitriser les gestes techniques et les soins**
4. **Agir sur son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, gestion du stress…)**
5. **Autres, préciser** (problème lié à l’observance**,**…) …………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Remarques :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Le** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médecin Adresseur : Signature

**Demande à retourner à l’ UTEP , secrétariat de médecine, CH Langres , 10 rue de la Charité, 52200 Langres ou par fax au 0325878869 ou par Mail crypté à: s.utep.ch-langres.fr@medical52.apicrypt.org Secrétariat Tél : 0325878881** Joindre à cette demande les derniers comptes rendus d’hospitalisation ou de consultations et une copie des ordonnances du patient.