



Centre Médical Cardio-respiratoire

7 Avenue Jean Rumeau – 64250 CAMBO LES BAINS

admissions@toki-eder.fr

Service des Admissions : 05.59.93.56.06 Fax : 05.59.93.56.05

DOSSIER MEDICAL

A remplir par le médecin et mettre sous pli confidentiel si vous le souhaitez

NOM : _____ PRENOM : _____

Poids : _____ Taille : _____

Régime : Oui Non Lequel : _____

Allergies :

BMR : Oui Non Laquelle : _____

Diagnostic principal :

Histoire clinique :

Antécédents :

Médicaux

Chirurgicaux (préciser dates)

Vous orientez votre patient vers un programme de réhabilitation respiratoire associant une rééducation respiratoire, une réadaptation à l'effort, une prise en charge des comorbidités et une éducation thérapeutique.

1) Quel est l'objectif principal de ce séjour en réadaptation ?

2) Parmi les objectifs de prise en charge ci-dessous, pourriez-vous nous préciser ceux qui vous paraissent prioritaires ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sevrage tabagique | <input type="checkbox"/> Prise en charge diététique |
| <input type="checkbox"/> Prévention des exacerbations | <input type="checkbox"/> Prise en charge psychologique |
| <input type="checkbox"/> Education à un appareillage (O2 / VNI) | <input type="checkbox"/> Prise en charge sociale |
| <input type="checkbox"/> Education à l'activité physique | <input type="checkbox"/> Rédaction de directives anticipées |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'un syndrome d'apnée du sommeil | |

TRAITEMENTS EN COURS

(merci de joindre une copie de la dernière ordonnance)

Oral :

Injectable :

traitements particuliers (coûteux) :

APPAREILLAGE MEDICAL

Oxygénothérapie : - fixe

- déambulation

Ventilation : Oui Non

Trachéotomie : Oui Non

Fauteuil roulant : Oui Non

Déambulateur : Oui Non

Stomie ou sonde : Oui Non

Autre (préciser) :

AUTONOMIE

Hygiène

Toilette : Sans aide Aide partielle Avec aide

Habillage : Sans aide Aide partielle Avec aide

Alimentation Sans aide Aide partielle Avec aide

Déplacements Sans aide Aide partielle Avec aide

Aides à domicile :

IDE : Oui Non

Kiné : Oui Non

Autres : Oui Non Si oui, précisez :

DEVENIR

Retour à domicile : Oui Non

Autre (préciser) :

Signature et cachet du médecin :