

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Volet Administratif

Rééducation Pneumologie

Rééducation Cardiologie

A remplir par le patient

NOM D'USAGE : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / ____ / LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

VILLE : _____

TEL : / __ / __ / __ / __ / __ /

PORTABLE : / __ / __ / __ / __ / __ /

E-MAIL : _____ @ _____

Personne à contacter : _____

Parenté : _____ TEL : / __ / __ / __ / __ / __ /

Médecin traitant (nom et adresse) : _____

Médecin spécialiste (nom et adresse) : _____

Nom de votre caisse d'assurance maladie : _____

N° Matricule : / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /

Mutuelle Complémentaire (nom et adresse) : _____

N° Adhérent : _____

Situation familiale : _____

Sous tutelle / curatelle (coordonnées : _____)

Date d'admission souhaitée : / __ / __ / ____ /

(date validée ultérieurement par le service des admissions)

FORMULAIRE DE CHAMBRE INDIVIDUELLE

NOM : _____

PRENOM : _____

Date de naissance : /__ __/ __ __/ __ __ __ __/

Atteste demander de séjourner en chambre individuelle durant mon hospitalisation.

Je confirme être informé(e) du tarif journalier de la chambre individuelle (cochez la case ci-dessous) et m'engage à régler un éventuel reste à charge si ma mutuelle ne prend pas en charge la totalité des frais relatifs à la chambre individuelle :

Chambre individuelle (60 € / nuitée)

Chambre individuelle Option 1 (65 € / nuitée)

Ne souhaite pas bénéficier d'une chambre individuelle durant mon hospitalisation.

Date :

Signature du patient
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

CHAMBRES PARTICULIERES - TARIFS APPLIQUES AU 01/10/2020

- Chambre particulière tarif 1 : 60,00 €

Tarif 1 avec option (65,00 €)

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| - Bouquet TV | - Wifi | - Mise à disposition du téléphone |
| - Sud-ouest du lundi au samedi | - Magazine hebdo | - Jeux (sudoku, mots mêlés...) |
| | - Bouteille d'eau d'accueil 50 cl | |

Tarif 2 (110,00 €) : 4 chambres (selon disponibilité)

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| - Bouquet TV | - Wifi | - Mise à disposition du téléphone |
| - Sud-ouest du lundi au samedi | - Magazine hebdo | - Jeux (sudoku, mot mêlés...) |
| - Trousseau d'accueil +-bouteille d'eau 50 cl | - Kit serviette (grande/petite + tapis de bain) | |
| - Frigo | - Repose bagage | - Sèche-cheveux |

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

- Télévision : 3,50 € par jour
- Wifi : 0,56 € par jour
- Forfait mise à disposition du téléphone : 7,00 €
- Taxe téléphonique : 0,19 €
- Photocopie : 0,22 €
- Caution téléviseur : 85,00 €
- Caution clef de chambre : 30,00 €
- Caution internet : 16,00 €

ACCOMPAGNANT

- Déjeuner : 14,00 €
- Dîner : 11,00 €
- Lit normal + petit déjeuner : 27,00 €
- Lit pliant + petit déjeuner : 19,00 €
- Accompagnant lit normal + 3 repas : 52,00 €
- Accompagnant lit pliant + 3 repas : 44,00 €

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Volet Médical

A remplir par le médecin (traitant ou spécialiste) et mettre sous pli confidentiel si vous le souhaitez

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : /_/_/___/___/___/

Poids : _____ Taille : _____

Régime : Oui Non Lequel : _____

Allergies : _____

BMR : Oui Non Laquelle : _____

PREMIER SEJOUR EN REEDUCATION RESPIRATOIRE : Oui Non

Diagnostic principal : _____

Histoire clinique : _____

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux (préciser dates) :

Antécédents médicaux récents (< 3 mois) : _____

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

Copie de la dernière ordonnance obligatoire pour l'étude du dossier

Traitements particuliers (coûteux) ou injectables :

STATUT VACCINAL COVID – 19

Nom du vaccin : _____

Date 1^{ère} injection /__ __/ __ __/ __ __ __ __/ Date 2^{ème} injection /__ __/ __ __/ __ __ __ __/

Date 3^{ème} injection /__ __/ __ __/ __ __ __ __/

APPAREILLAGE MEDICAL

Oxygénothérapie : fixe déambulation Ventilation : Oui Non

Trachéotomie : Oui Non Stomie ou sonde : Oui Non

Fauteuil roulant : Oui Non Autre (préciser) : _____

Déambulateur : Oui Non

PRISE EN CHARGE AU DOMICILE

Kinésithérapie respiratoire : Oui (Nom du kiné : _____) Non

Activité physique en structure : Oui (Nom de la structure : _____) Non

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

Autres : Oui Non Si oui, précisez : _____

Utilisation régulière de matériel informatique à domicile (tablette, ordinateur) : Oui Non

DEVENIR

Retour à domicile : Oui Non Autre (préciser) : _____

Signature et cachet du médecin :

Date : /__ __/ __ __/ __ __ __ __/

Cadre réservé à Toki-Eder

Avis de la commission médicale : accord
Refus

Date et signature du médecin :