



DOSSIER MÉDICAL DE PRÉADMISSION DU PATIENT EN PROVENANCE DU DOMICILE

REFERENCE
FI DP 004

Version :
3

Date :
23/11/2021

Page :
4/4

Cardiologues Dr JJ. DOMEREGO
 Dr V. MOLFEA
 Dr K. OUANES
Pneumologues Dr. F. VANDENBOS
 Dr. O. PERELLO
Généralistes Dr D. LAFFORGUE
 Dr F. GASPERINI

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

READAPTATION CARDIAQUE

READAPTATION RESPIRATOIRE

OBJECTIF DU SEJOUR READAPTATION CARDIO-RESPIRATOIRE A L'EFFORT

La Maison du Mineur accueille les patients majeurs et autonome. Ce séjour a pour but d'améliorer la qualité de vie du patient par une réadaptation cardio-respiratoire comprenant essentiellement du réentraînement à l'effort sur tapis ou sur cycloergomètre associé à de la kinésithérapie.

Dossier à remplir par le médecin traitant ou spécialiste

Tout dossier incomplet et/ou illisible fera l'objet d'un retour pour complément d'information et retardera d'autant l'admission du patient.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MOTIF DU SÉJOUR

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GAZ DU SANG SOUS AIR INFÉRIEUR A 1 MOIS :

.....

.....

AUTONOMIE SELON AGGIR

COHERENCE – ORIENTATION	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
TOILETTE	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
HABILLAGE	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
ALIMENTATION	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
ELIMINATION	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
DEPLACEMENT	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C

Votre patient présente-t-il une contre-indication au réentraînement à l'effort ?

Non Si Oui Laquelle

- HTA non équilibrée
- HTAP > à 60
- RAo serré
- Anévrisme aortique
- Thrombus mobile
- Péricardite évolutive
- IRC ou insuffisance cardiaque non stabilisée
- Chirurgie abdominale récente
- Chirurgie orthopédique

TRAITEMENT MÉDICAL

<i>NOM DU PRODUIT</i>	<i>POSOLOGIE</i>

Ou joindre une photocopie de l'ordonnance en cours

COVID -19

- Vaccination obligatoire
- Admission minimum 15 jours après la 2^{ème} injection (sur justificatif)

OXYGÉNOTHÉRAPIE

Nom de la Société :

<i>Débit</i>	<i>Nombre d'heures/j</i>
<i>Ventilation Masque Nasal</i>	<i>Nombre d'heures/j</i>

FACTEURS DE RISQUES INFECTIEUX

- Bronchites à répétition
- Infection urinaire à répétition
- Immuno-dépression
- Implants oculaires
- Prothèses

Si oui préciser :.....

MODE DE TRANSPORT pour rejoindre notre centre

TRAIN

VOITURE

AVION

Rappel des contre-indications au voyage en avion :

IDM inférieur à 6 semaines, OAP < à 2 semaines, HTAP, angor non stabilisé, PO2 < 55 mmHg, PCO2 > 50 mmHg, ulcère cornéen non cicatrisé, chirurgie ophtalmologique ou cardiologique < à 2 semaines

Identification du médecin (cachet ou nom, prénom, adresse, téléphone, fax)

Nom :Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél.....Télécopie :.....

Cachet du médecin