

Cerdan – Sensevia

21 avenue du Dr CUNNAC 66340 OSSEJA – Tel : 04 68 30 75 43 – Fax sce médical : 04 68 30 75 15

S.A.S CLINEA

FICHE MEDICALE DE DEMANDE D'ADMISSION**(à compléter par le médecin prescripteur et à retourner à la Clinique Soleil Cerdan)****IDENTITE DU PATIENT :**

NOM : Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le :

Adresse :

Code Postal : VILLE :

Téléphone :

Précédent séjour dans l'établissement : oui non **PATHOLOGIE - DIAGNOSTIC PRINCIPAL :**

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Apnées du sommeil |
| <input type="checkbox"/> BPCO | <input type="checkbox"/> Obésité |
| <input type="checkbox"/> DDB | <input type="checkbox"/> Fibrose pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Autre : |

DIAGNOSTICS SECONDAIRES - COMORBIDITES :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète Mellitus | <input type="checkbox"/> Pathologie rénale |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> pathologie métabolique |
| <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Pathologie psychologique/psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Pathologie orthopédique | <input type="checkbox"/> Autre : |

DONNEES CLINIQUES

➤ Poids : Taille :

➤ Si insuffisance respiratoire :

Gaz du sang du/...../... réalisés : en air ambiant sous oxygène à ... l/min

PaO2 : PaCO2 :

SpO2 :

➤ Si cardiopathie : FEVG :%

➤ L'état de santé du patient contre-indique-il tout ou une partie du réentraînement à l'effort :

Non Oui préciser : activité physique en général marche ergocycle➤ Dépendance : autonome aide ponctuelle aide permanente suppléance totale➤ Appareillage respiratoire : O2 CPAP BiPAP VNI

NOM prénom du patient

➤ Aide à la motricité : Aucune Déambulateur canne fauteuil roulant

TRAITEMENT ACTUEL - Merci de joindre la dernière ordonnance en cours

ADDICTIONS EVENTUELLES

Tabagisme : oui sevré non
 Alcoolisme * : oui sevré non
 Cannabis* : oui sevré non
 Autres :

* l'équipe médicale se réserve le droit de réaliser des contrôles inopinés

FINALITE DE PRISE EN CHARGE

Réhabilitation respiratoire
 Réhabilitation post COVID
 Préparation et/ou suivi d'une chirurgie thoracique
 Réhabilitation métabolique
 Stage sevrage tabagique

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

STATUT VACCINAL : le patient a - t - il bénéficié de la vaccination contre la COVID19

oui non

Si oui , Nom du Vaccin :

1ère injection le :

2ème injection le : ou prévue le :

3ème injection le : ou prévue le :

4ème injection le : ou prévue le :

PERIODE SOUHAITEE

JANV – FEV – MARS – AVRIL – MAI – JUIN – JUIL – AOUT – SEPT – OCT – NOV - DEC

MEDECIN PRESCRIPTEUR DU SEJOUR

Date de la demande :

Signature et tampon obligatoire

NB : Il appartient également au médecin prescripteur d'établir (sur papier ordonnance libre) un certificat médical précisant que l'état de santé du patient nécessite une hospitalisation en clinique SSR.

Pour nous permettre de suivre la thérapeutique instaurée et établir un dossier médical plus complet, il serait souhaitable que votre patient présente, lors de son admission, tous documents médicaux récents en sa possession (radiographies, exploration fonctionnelle, ordonnances médicales, compte-rendu d'hospitalisation...)

