



Directeur Médical
Cardiologues
Pneumologues
Généralistes

Dr F. NAHON
Dr H. CHEVASSUS LESCAUT
Dr O. HOIJTINK
Dr S. ZARTARIAN
Dr F. VANDENBOS
Dr D. LAFFORGUE
Dr C. AUGRAS-FABRE
Dr R. GUATTARI

DOSSIER ADMINISTRATIF DE PRE-ADMISSION

NOM :

Prénom :

DATE D'ENTREE SOUHAITEE :/...../.....

CE DOCUMENT EST UN DOSSIER DE PRE-ADMISSION

UNE DATE D'ENTREE VOUS SERA CONFIRMEE SOUS RESERVE D'ACCORD DU DIRECTEUR MEDICAL

VOTRE ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT DOIT S'EFFECTUER AVANT 15 HEURES

READAPTATION CARDIAQUE

READAPTATION RESPIRATOIRE

OBJECTIF DU SEJOUR

READAPTATION CARDIO-RESPIRATOIRE A L'EFFORT

LA MAISON DU MINEUR ACCUEILLE LES PATIENTS MAJEURS ET **AUTONOMES**. CE SEJOUR A POUR BUT D'AMELIORER LA QUALITE DE VIE DU PATIENT PAR UNE READAPTATION CARDIO-RESPIRATOIRE COMPRENANT ESSENTIELLEMENT DU REENTRAINEMENT A L'EFFORT SUR TAPIS OU SUR CYCLOERGOMETRE ASSOCIE A DE LA KINESITHERAPIE.

→ Pièces à joindre obligatoirement à votre dossier de pré-admission

- La photocopie de l'attestation papier de carte d'assuré social en cours de validité
- La photocopie de la carte de mutuelle à jour
- Pour les titulaires de la CMU, les justificatifs de vos droits en cours de validité à la date d'entrée
- Pour les patients titulaires d'un carnet d'article 115, la photocopie de la page descriptive des affections accompagnée du volet n°3

→ **15 jours avant la date fixée d'admission dans l'établissement** Assurez-vous que votre caisse d'affiliation a bien délivré une prise en charge des frais de séjour (référence 212 ou 600). Ce document est indispensable.

Réadaptation Fonctionnelle Cardiologique & Pneumologique
577, route de Coursegoules – BP 59 – 06141 VENCE cedex
☎ 04 93 24 58 00 – 📠 04 93 24 63 54

PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT OU LE REPRESENTANT LEGAL

COORDONNEES DU PATIENT

NOM : Nom de jeune fille :

Prénom : Date et lieu de naissance :

Situation de famille : Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf (ve)

Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone :

Profession

Avez-vous déjà séjourné à la Maison du Mineur

Non Oui si oui en quelle année :

ORGANISMES DE PRISE EN CHARGE

Caisse d'affiliation :

Adresse :

N° d'assuré social : / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Mutuelle :

adresse :

ORGANISME DE TUTELLE ou CURATELLE

Tutelle

Curatelle

Nom :

Adresse :

Numéro de téléphone (du tuteur ou du curateur) :

PERSONNE A PREVENIR

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

lien : conjoint(e) enfant autre, préciser.....

Téléphone domicile.....Téléphone portable.....

PERSONNE(S) A NE PAS PREVENIR

.....

.....

DROIT DU PATIENT

ANONYMAT

Durant votre séjour, souhaitez vous que l'on respecte votre anonymat :

- VISITES oui non
- APPELS TELEPHONIQUES oui non

PERSONNE DE CONFIANCE (*personne qui permet d'exprimer votre volonté si vous état de santé ne le permet pas, cette personne peut être un membre de la famille, un ami ou un médecin*)

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

lien : conjoint(e) enfant autre, préciser.....

Téléphone domicile.....Téléphone portable.....

TRANSMISSION DU DOSSIER AU MEDECIN

A l'issue de votre séjour un compte-rendu d'hospitalisation sera communiqué à vos médecins.

Etes-vous d'accord ? OUI - NON, si OUI : merci d'indiquer leurs coordonnées ci-dessous :

MEDECIN GENERALISTE

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet

MEDECIN PNEUMOLOGUE

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet

MEDECIN CARDIOLOGUE

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code postal : Ville :

Téléphone cabinet

Date :

Signature du patient :

Signature du représentant légal :



Directeur Médical Dr F. NAHON
Cardiologues Dr H. CHEVASSUS LESCAUT
 Dr O. HOJTINK
 Dr S. ZARTARIAN
Pneumologues Dr F. VANDENBOS
 Dr D. LAFFORGUE
Généralistes Dr C. AUGRAS-FABRE
 Dr R. GUATTARI

DOSSIER MEDICAL DE PRE-ADMISSION

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 **AUTONOMES**. CE SEJOUR A POUR BUT D'AMELIORER LA QUALITE DE VIE DU PATIENT PAR UNE READAPTATION CARDIO-RESPIRATOIRE COMPRENANT ESSENTIELLEMENT DU REENTRAINEMENT A L'EFFORT SUR TAPIS OU SUR CYCLOERGOMETRE ASSOCIE A DE LA KINESITHERAPIE.

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

OXYGENOTHERAPIE :

Nom de la Société :

Débit	Nombre d'heures/j
Ventilation Masque Nasal	Nombre d'heures/j

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
