

À RETOURNER À :

 **Clinique du Souffle® InfoService**

3055 Avenue de Prades – 66000 PERPIGNAN

0 806 803 333

Service gratuit
+ prix appel



Fax : 04 68 68 51 54



Email : cliniquedusouffle@5-sante.fr



MESSAGERIE
Sécurisé Santé



IDENTITÉ DU PATIENT (Écrire en lettres majuscules)

Nom : _____ Adresse : _____
 Prénom : _____
 Nom de naissance : _____ CP : _____ Ville : _____
 Né(e) le : __ / __ / ____ / Homme Femme Tél 1 : _____ Tél 2 : _____
 Email : _____



PATHOLOGIE - DIAGNOSTIC PRINCIPAL



PARAMÈTRES INDISPENSABLES *pour le traitement du dossier médical*

► Poids : _____ kg Taille : _____ cm

POUR LES PATIENTS À DOMINANTE RESPIRATOIRE **indiquer** :

► VEMS : _____ l/S- _____ %

► PaO2 : _____ mm/hg ou Saturation : _____ %

Préciser : en air libre ou sous O₂ - préciser le débit : _____ l/h

POUR LES PATIENTS À DOMINANTE CARDIOLOGIQUE **indiquer** :

► Fraction d'éjection ventriculaire gauche : _____ %

POUR LES PATIENTS À DOMINANTE MÉTABOLIQUE **indiquer** :

► Tour de taille : _____ cm



CO-MORBIDITÉS (somatique et psychologique)

Diabète **type 1** **type 2** Neurologique Cardiaque Psychologique Métabolique Rénale



MOTRICITÉ - AUTONOMIE - TRAITEMENTS ACTUELS

► L'état de santé du patient lui permet-t-il pendant son séjour d'effectuer de l'activité physique adaptée à ses possibilités ? *Indispensable au traitement du dossier médical* Oui Non

► Limitation ostéo-articulaire Non Oui, laquelle : _____

► Toilette Seul(e) Aide partielle Aide totale

► Appareillage :

Trachéotomie VNI O₂ CPAP

Déambulateur Canne Fauteuil roulant

► Autre handicap particulier : _____



ADDICTIONS ÉVENTUELLES

Tabac

▶ Le patient fume-t-il actuellement ?

Oui Non

▶ Si oui, est-il motivé pour entrer dans une démarche d'arrêt du tabac ?

Oui Non

Autres addictions non sevrées

Cannabis Alcool Nourriture Médicaments Toxiques
 Autres : _____



OBJECTIF PRINCIPAL DU SÉJOUR *pour une orientation vers l'établissement le plus adapté*

Réhabilitation respiratoire

Avec comorbidités Avec sevrage tabac Avec pathologies de la nutrition

Traitement des troubles respiratoires du sommeil

Réhabilitation métabolique, obésité

Stage avec accompagnement sur 1 à 2 ans (motivation/renforcement) Séjour métabolique de 4 semaines

Préparation et suivi de chirurgie bariatrique

Préparation et suivi de chirurgie thoracique



CLINIQUE SOUHAITÉE PAR LE PRESCRIPTEUR ET LE PATIENT (cochez une seule case)

Je confie ce choix au médecin régulateur en fonction de l'objectif principal

LE MÉDECIN ORIENTE VERS L'ÉTABLISSEMENT LE PLUS ADAPTÉ, SELON LA PATHOLOGIE, LES OBJECTIFS DU SÉJOUR ET L'ALTITUDE.

Ain / 850 m d'altitude – Hauteville-Lompnes 01110 – **CLINIQUE DU SOUFFLE® LE PONTET** *(ouverture nouveau bâtiment en automne 2020)*

Hérault / 200 m d'altitude – Lodève 34700 – **CLINIQUE DU SOUFFLE® LA VALLONIE**

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

Cantal / 800 m d'altitude – Riom-Es-Montagnes 15400 – **CLINIQUE DU SOUFFLE® LES CLARINES**

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour

Pyrénées-Orientales / 1250 m d'altitude – Osséja 66340 – **CLINIQUE DU SOUFFLE® LA SOLANE**

Hospitalisation complète Hospitalisation de jour



MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

N°RPPS (obligatoire)

Sans cette mention le dossier ne pourra être traité

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Port : _____ Fax : _____

Email : _____

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DES CLINIQUES

Date de réception : _____

Nombre de séjours effectués dans les cliniques : _____

N° I.P.P Patient : _____ N° Dossier du dernier séjour : _____

LA VALLONIE 34

LES CLARINES 15

LA SOLANE 66

LE PONTET 01

(ouverture automne 2020)