



## FICHE MÉDICALE

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](mailto:cliniquedusouffle@5-sante.fr)



### IDENTITÉ DU PATIENT

(écrire en lettres majuscules)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F M  
 Nom de naissance : ..... Né(e) le : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone (fixe) : ..... Téléphone (portable) : ..... Mail : .....

### 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- ..... %
- paO<sub>2</sub> : ..... mm/hg ou saturation : ..... %

Préciser :

- en air libre
- sous O<sub>2</sub> - 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 - TRAITEMENT ACTUEL

■ 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

■ Apareillage :

- Trachéotomie  VNI  O<sub>2</sub>  CPAP  
 Déambulateur  Canne  Fauteuil roulant

■ Autre handicap particulier : .....

■ Traitement actuel - fournir l'ordonnance : .....

# FICHE MÉDICALE

## 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**
  - Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour
- 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)