



234 rue Stendhal – 76620 LE HAVRE
Tél : 02.35.54.77.00
Fax : 02.35.54.77.27

Cadre réservé à l'établissement

Dossier reçu le : / /

Décision de la commission d'admission du : / /

Accord pour : une consultation externe

une hospitalisation complète

une prise en charge en hôpital de jour

une prise en charge en hôpital de jour programme lombalgie 2.0

Dossier refusé

Date :

Signature :

DOSSIER DE PREADMISSION

Afin de nous permettre de vous accueillir dans les meilleures conditions possibles, nous vous demandons de remplir ce dossier avec attention. Ce dernier sera étudié en commission d'admission pluridisciplinaire.

Date de la demande : / /

Vous demandez un avis pour :

une consultation externe

une hospitalisation complète

une prise en charge en hôpital de jour

une prise en charge en hôpital de jour programme lombalgie 2.0

Concernant la demande d'hospitalisation de jour programme lombalgie 2.0, merci au patient de remplir le questionnaire en annexe

Prise en charge souhaitée à compter du : / /

PARTIE A REMPLIR PAR LE PATIENT

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE :**

PRENOM : **DATE DE NAISSANCE :**

ADRESSE :

MAIL : @

CODE POSTAL : **VILLE :**

TEL POUR CONTACTER LE PATIENT :

PERSONNE RESPONSABLE /FAMILLE :

TEL POUR CONTACTER LA PERSONNE RESPONSABLE /FAMILLE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

CENTRE DE PAIEMENT (EXEMPLE : CPAM LE HAVRE, MSA, RSI, MGEN...) :

ADRESSE CENTRE DE PAIEMENT :

MUTUELLE (NOM ET ADRESSE) :

NOM DU MEDECIN TRAITANT OU SPECIALISTE + VILLE :

AVEZ-VOUS UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE : OUI NON AUTRE (PRECISER)

- ÊTES-VOUS EN ARRÊT DE TRAVAIL : OUI, DEPUIS QUELLE DATE : NON
- PENSEZ-VOUS REPRENDRE VOTRE TRAVAIL AU MEME POSTE : OUI NON
- ENVISAGEZ-VOUS UN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL : OUI NON
- ÊTES-VOUS AU CHOMAGE ? OUI, DEPUIS QUELLE DATE : NON
- ÊTES-VOUS EN INVALIDITE ? OUI, DEPUIS QUELLE DATE : NON
- PERCEVEZ-VOUS UNE PENSION DU FAIT DE CETTE DOULEUR ? OUI NON
- PERCEVEZ-VOUS UNE PENSION POUR UNE AUTRE RAISON ? OUI NON
- ÊTES-VOUS EN LITIGE AVEC LA SECURITE SOCIALE ? OUI NON
- ATTENDEZ-VOUS UNE EXPERTISE ? OUI NON

PARTIE A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX.

MOTIFS D'HOSPITALISATION (DIAGNOSTICS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES A LA PRISE EN CHARGE) :

.....

ANTECEDENTS :

MEDICAUX :

.....

CHIRURGICAUX :

.....

ETAT CLINIQUE :

ETAT GENERAL **POIDS :** **TAILLE :**

CHUTE :

LA PERSONNE A-T-ELLE DEJA CHUTE :

.....
 OUI

.....

NON

FREQUENCE DES CHUTES :

ETIOLOGIE DES CHUTES :

.....

AUTONOMIE :

DEPLACEMENTS

- APPUI SANS APPUI
- SEUL
- AVEC UNE TIERCE PERSONNE
- AVEC UNE CANNE
- AVEC UN DEAMBULATEUR
- AVEC UN FAUTEUIL

HYGIENE

- INCONTINENCE URINAIRE OUI NON
- INCONTINENCE ANALE OUI NON
- TOILETTE SEUL TIERCE PERSONNE
- HABILLEMENT SEUL TIERCE PERSONNE
- REPAS SEUL TIERCE PERSONNE

COMPORTEMENT SOCIAL : NORMAL PERTURBE (TROUBLES COGNITIFS, DTS...)

SOCIAL :

LA PERSONNE VIT-ELLE SEULE : OUI NON

LA PERSONNE A-T-ELLE DES AIDES A DOMICILE : OUI NON

NATURE DES SOINS : SOINS D'HYGIENE AIDE AU REPAS

SOINS INFIRMIERS AUTRES

.....

LA PERSONNE EST-ELLE EQUIPEE D'UNE TELEASSISTANCE : OUI NON

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

LA PERSONNE A-T-ELLE EU UN BILAN COGNITIF : OUI NON

LA PERSONNE A-T-ELLE EU UN BILAN ORL : OUI NON

LA PERSONNE A-T-ELLE EU UN BILAN NEUROLOGIQUE : OUI NON

LA PERSONNE A-T-ELLE EU UN BILAN RHUMATOLOGIQUE : OUI NON

LA PERSONNE A-T-ELLE EU UN EXAMEN CARDIOVASCULAIRE : OUI NON

JOINDRE IMPERATIVEMENT A LA DEMANDE LES COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION, LES COMPTES RENDUS OPERATOIRES, LES CONSULTATIONS SUR 2 ANS ET LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIQUES

SUIVI THERAPEUTIQUE :

SOINS MEDICAUX :

- TRAITEMENT EN COURS : (JOINDRE OBLIGATOIREMENT 1 COPIE DE TOUTES LES ORDONNANCES EN COURS DONT CELLE AVEC LE TRAITEMENT ACTUEL LORS DE L'ENVOI DE CE DOSSIER D'INSCRIPTION)

LIBELLE DU TRAITEMENT	POSOLOGIE

AUTRES SOINS :

PANSEMENTS TYPE ET LOCALISATION :

.....

AUTRES SOINS : O2 AEROSOLS VNI

Le patient souhaite participer au programme d'Education Thérapeutique :

Accident Vasculaire Cérébral (« Vivre avec un accident vasculaire cérébral »)

OUI NON

OBSERVATIONS :

.....

A : Le :
(Signature et cachet du médecin)

Comment votre demande va-t-elle être traitée ?

Votre demande sera étudiée en commission d'admission pluridisciplinaire, durant laquelle une décision de prise en charge sera prise ou non.

1. **Votre dossier est accepté.** Dans ce cas, la secrétaire médicale vous contactera pour vous fixer la date et l'heure de rendez-vous ainsi que l'ensemble des documents à ramener le jour de votre admission.

*A noter que : durant votre hospitalisation en hôpital de jour, votre médecin traitant devra vous prescrire un **arrêt de travail.***

*De même, merci de bien vouloir noter **qu'aucune absence, notamment pour des vacances, n'est acceptée pendant votre hospitalisation.***

2. **Votre dossier est refusé.** Un courrier vous sera envoyé en ce sens.

Afin que votre séjour se passe dans de bonnes conditions, nous vous remercions de bien vouloir vous munir de :

- **Chaussures et tenues adaptées à la pratique d'exercices physiques**
- **Serviette de toilette**
- **Bouteille d'eau**

- **Votre dernière prise de sang**
- **Votre ordonnance en cours**
- **Votre pass sanitaire**

- **Votre carte vitale mise à jour**
- **Votre carte de mutuelle**
- **Votre pièce d'identité**

Nous restons bien évidemment à votre entière disposition pour de plus amples renseignements concernant votre séjour au sein du Centre de Rééducation Fonctionnelle de la Hève.

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE PATIENT SOUHAITANT PARTICIPER AU PROGRAMME LOMBALGIE 2.0

MERCİ DE REpondre PAR OUI OU NON AUX AFFIRMATIONS SUIVANTES

1. Je reste pratiquement tout le temps assis à cause de mon dos OUI NON
2. Je change souvent de position pour soulager mon dos..... OUI NON
3. Je marche plus lentement que d'habitude à cause de mon dos OUI NON
4. A cause de mon dos, je n'effectue aucune tâche que j'ai l'habitude de faire à la maison OUI NON
5. A cause de mon dos, je m'aide de la rampe pour monter les escaliers OUI NON
6. A cause de mon dos, je m'allonge plus souvent pour me reposer OUI NON
7. A cause de mon dos, je suis obligé(e) de prendre un appui pour sortir d'un fauteuil OUI NON
8. A cause de mon dos, j'essaie d'obtenir que d'autres fassent des choses à ma place..... OUI NON
9. A cause de mon dos, je m'habille plus lentement que d'habitude OUI NON
10. Je ne reste debout que de courts moments à cause de mon dos OUI NON
11. A cause de mon dos, j'essaie de ne pas me baisser ni de m'agenouiller OUI NON
12. A cause de mon dos, j'ai du mal à me lever d'une chaise OUI NON
13. J'ai mal au dos la plupart du temps OUI NON
14. A cause de mon dos, j'ai des difficultés à me retourner dans mon lit OUI NON
15. J'ai moins d'appétit à cause de mon mal de dos OUI NON
16. A cause de mon mal de dos, j'ai du mal à mettre mes chaussettes (ou bas/collants)..... OUI NON
17. Je ne peux marcher que sur de courtes distances à cause de mon mal de dos OUI NON
18. Je dors moins à cause de mon mal de dos..... OUI NON
19. A cause de mon dos, quelqu'un m'aide pour m'habiller OUI NON
20. A cause de mon dos, je reste assis(e) la plus grande partie de la journée OUI NON
21. A cause de mon dos, j'évite de faire de gros travaux à la maison..... OUI NON
22. A cause de mon mal de dos, je suis plus irritable que d'habitude et de mauvaise humeur avec les gens
 OUI NON
23. A cause de mon dos, je monte les escaliers plus lentement que d'habitude OUI NON
24. A cause de mon dos, je reste au lit la plupart du temps OUI NON

Oui = 1, Non = 0

Total :/ 24