

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

A REMPLIR PAR LE PATIENT ET RENVoyer AU SERVICE DES ADMISSIONS

NOM : Prénoms :

NOM de naissance : Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Numéro de sécurité sociale : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nom et Prénoms de l'assuré(e) :

Adresse du centre de sécurité sociale :

CP : Ville :

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Date d'entrée souhaitée par le patient :

Séjour précédent à IPOCA : Dates : Service :

Chambre particulière souhaitée (de 85 à 120€ avec TV compris) :

Oui

Oui avec admission temporaire en chambre double si aucune chambre n'est disponible à l'entrée

Non*

*En option, la télévision à 5€ par jour si chambre double avec port du casque audio

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : Prénoms :

Adresse :

CP : Ville : Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

INFORMATIONS ESSENTIELLES

A l'entrée, vous devez présenter **IMPERATIVEMENT** :

✓ **Votre Carte d'identité ou Passeport**

✓ **Votre Carte Vitale et Carte de Mutuelle**



Cas particulier :

Sans mutuelle complémentaire mais pris(e) en charge à 100 % par votre caisse, vous devez vous acquitter d'un forfait journalier de 20 €

Sans mutuelle complémentaire mais pris(e) en charge à 80 % par votre caisse, vous devez vous acquitter d'un Ticket Modérateur mensuel

A l'admission, une **caution** pourra vous être demandée à cet effet.

Le Programme ETP nutrition est prévu pour quatre semaines.

DEMANDE D'ADMISSION - QUESTIONNAIRE MEDICAL PROGRAMMES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE

- PATHOLOGIES D'OBESITE / DIABETE** **LOMBALGIES CHRONIQUES – Programme IPOCADOS**
HOSPITALISATION COMPLETE HOSPITALISATION COMPLETE OU HOSPITALISATION DE JOUR

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET RENVOYER AU SERVICE DES ADMISSIONS

Nom du médecin adresseur :
Adresse :
CP : Ville : Téléphone : _-_-_-_-

Pathologie principale motivant l'intégration dans le programme Éducation Thérapeutique :

Objectif(s) attendu(s) pour cette hospitalisation (à définir avec le patient) :

Données anthropométriques : Poids :kg Taille :cm

Antécédents médicaux et chirurgicaux : **Allergie :**

Antécédents psychiatriques :

- Pathologie : Trouble cognitif, MMS :
 Etat psychique actuel État suicidaire

Traitement médical actuel : (adresser copie ordonnance en cours)

Contre-indication au travail d'endurance et de réentraînement à l'effort ? Oui Non

(Joindre dernier bilan cardiaque si disponible)

Autonomie :

- Station debout possible Oui Non avec aide
- Marche seul avec aide avec un cadre en fauteuil roulant
- Toilette seul avec aide partielle avec aide totale
- Habillage seul avec aide partielle avec aide totale

Données infectieuses :

- Porteur d'une BMR Oui Non Si oui, préciser le germe, le site :
- Hospitalisation à l'étranger Oui Non dans les 12 derniers mois

A REMPLIR UNIQUEMENT POUR L'ETP OBESITE / DIABETE

Rééducation nécessaire :

- Kinésithérapie Orthophonie Activité physique adaptée
 Ergothérapie Réhabilitation à l'effort Balnéothérapie (**Fermée pour causes sanitaires**)

Soins techniques :

- Oxygénothérapie Alimentation entérale Alimentation parentérale
 Stomie digestive Autres, Précisez :
 Sonde vésicale Pansements complexes, Précisez :

N.B. Notre établissement bénéficie des annexes : XIX et XX convalescence et régime, XXII rééducation fonctionnelle. De ce fait, certaines catégories de patients ne peuvent être admis. Toute déclaration incomplète ou inexacte qui aurait eu pour effet l'acceptation du malade n'entrant pas dans le champ des annexes autorisées pourra entraîner l'éviction immédiate du malade. Afin d'éviter de refaire des examens entraînant des dépenses inutiles, merci d'apporter tous les éléments de votre dossier médical (analyses, radio etc..)

Date, signature et cachet du médecin