HOPITAL DE JOUR

Rééducation post AVC - Phase chronique

L'institut Polyclinique de Cannes vous propose un programme de rééducation de groupe destiné aux patients en phase chronique après un AVC

Comment s'inscrire ?

- Remplir avec votre médecin traitant le formulaire de pré-admission ci-joint.
- Transmettre ce formulaire au service admission : admission.ipoca@sedna-sante.com ou au 33 Boulevard d'Oxford 06400 Cannes
- Pour plus d'informations, contactez-nous au 04 92 98 40 00

Quel est l'objectif de ce programme?

Ce programme vise à améliorer et / ou maintenir :

- **L'autonomie,**
- **La qualité de vie,**
- **La participation sociale** des patients en **phase chronique après un AVC,**

par le biais de séances en groupe de mobilisation, activité physique (marche, vélo…), mais aussi des ateliers ludiques, et groupes de parole.

La phase chronique se définit par un délai d'au moins 6 mois après l'AVC.

De quoi est composé le programme ?

Notre programme accueille des patients en hospitalisation de jour pendant 4 semaines :

- Il est coordonné par un médecin de Médecine Physique et de Réadaptation.

- Les patients bénéficient de séances quotidiennes de kinésithérapie et activité physique adaptée, en groupe, à visée d'étirements, travail de l'équilibre, réentrainement à l'effort.

- En complément, ils sont accompagnés par un ergothérapeute pour la mobilisation du membre supérieur, avec guidance sur les aides techniques pouvant faciliter le quotidien ; des mises en situation écologiques et des ateliers cognitifs sont également proposés.

- Une psychomotricienne, une psychologue, une orthophoniste, et une diététicienne interviennent également pour aborder par le biais d'ateliers : le schéma corporel, le tonus, les troubles de déglutition, du langage et des fonctions cognitives.

- Les aidants sont conviés à participer à certains ateliers.

Institut Polyclinique de Cannes
33 boulevard d'Oxford - 06400 CANNES
Tél : 04 92 98 40 53 - Fax : 04 92 98 42 80 Mail : admission.ipoca@sedna-sante.com
FINESS : 060781374

QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF

A REMPLIR PAR LE PATIENT ET RENVOYER AU SERVICE DES ADMISSIONS

Hospitalisation de jour : ☐ **AVC Chronique** ☐ **Autres pathologies**

NOM : ..... Prénoms : .....

NOM de naissance : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Adresse mail : ....

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 : .....

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.

Institut Polyclinique de Cannes
33 boulevard d'Oxford - 06400 CANNES Tél : 04 92 98 40 53 - Fax : 04 92 98 42 80
Mail : admission.ipoca@sedna-sante.com FINESS : 060781374

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A REMPLIR PAR LE MEDECIN ET ENVOYER AU SERVICE DES ADMISSIONS

Nom du médecin adresseur : .....
Adresse : .....
CP : ..... Ville : ..... Téléphone : __-__-__-__-__

Pathologie principale motivant la demande d'hospitalisation :

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

Rééducation nécessaire :

☐ Kinésithérapie ☐ Orthophonie ☐ Activité physique adaptée
☐ Ergothérapie ☐ Réhabilitation à l'effort ☐ Balnéothérapie (**Maillot de bain nécessaire**)

Données anthropométriques : Poids : ……kg Taille : ……cm

Antécédents médicaux et chirurgicaux : **Allergie :**

Antécédents psychiatriques :

☐ Pathologie : …… ☐ Trouble cognitif, MMS : ……
☐ Etat psychique actuel …… ☐ Etat suicidaire

Traitement médical actuel (préciser la posologie avec horaires de prise selon le modèle suivant : TRAITEMENT® : 1-0-1-1 / durée s'il y a lieu) ou à défaut joindre une ordonnance du traitement actuel

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	

Soins techniques

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

Données infectieuses :

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

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 entrainer 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