

Fiche d'admission

Vous souhaitez orienter votre patient vers un établissement SSR dans le cadre du programme Inspir'Action ?

Complétez le formulaire ci-dessous et téléchargez le formulaire complété

Envoyez le formulaire complété par messagerie sécurisée à l'établissement concerné (contact en bas du formulaire)

Identité du patient :

Nom :

Prénom :

Distance domicile (km) :

Connexion Internet : Oui Non

Dispose d'un outil informatique : Oui Non

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Diagnostic principal :

Pathologie / Diagnostic principal :

Nombre d'exacerbations / an :

Paramètres :

Poids (kg) :

Taille (cm) :

VEMS (en L et % théo) :

PAO2 (si disponible) :

ECG d'effort réalisé dans les 6 derniers mois : **Oui** **Non**

Modalité de gazométrie : ^{1- Air ambiant}
 ^{2- Sous oxygène}

Saturation :

Dyspnée MMRC :

0- Absence de gêne liée au souffle

1- Gêne par l'essoufflement à la marche rapide

2- Sur terrain plat, marche plus lentement que les personnes du même âge en raison de l'essoufflement

3- Arrête pour respirer après 100 m ou quelques minutes de marche

4- Trop essoufflé pour quitter la maison, ou essoufflement en s'habillant

Comorbidités :

Diabète : **Oui** **Non**

Neurologique :

Cardiaque :

Psychologique :

Métabolique :

Autonomie dépendance :

APA possible : **Oui** **Non**

Toilette :

Appareillage :

Autre handicap :

Traitement actuel avec ordonnance : *(Cocher la/les case(s) correspondante(s))*

Oxygénation de Déambulation

Oxygénation de Longue Durée (OLD)

Ventilation Invasive

Ventilation Non Invasive

Addictions :

Tabac : **Fume** **Sevré** **Motivé**

Autre(s) addiction(s) sevrée(s) :

Souhait adresseur et patient :

Souhait adresseur et patient : **Hospitalisation** **Ambulatoire** **A domicile**

Contact établissement pour envoi du formulaire d'admission :

Clinique de Saint-Orens (ELSAN)	inspiration@clinique-saint-orens.fr
Clinique du souffle La Solane (INICEA)	inspiration.lasolane@korian.fr
Clinique du Souffle La Vallonie (INICEA)	inspiration.lavallonie@korian.fr
Les Trois Tours (INICEA)	coordinateur.les3tours@korian.fr
Clinique du Souffle Le Pontet (INICEA)	inspiration.lepontet@inicea.fr
Le Clos Champirol (LNA)	inspiration@closchampirol.com
Clinique Pierre de Soleil (ORPEA)	infcoo2.vetrazmonthoux@orpea.net
Institut Médical de Sologne (LNA)	inspiration.imds@lna-sante.com
Institut de Réadaptation d'Archères (LNA)	inspiration.ira@lna-sante.com
Clinique La Mitterie	bpc@clinique-mitterie.com

Coordonnées du prescripteur :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Code postal :

Signature :

Date :

Signature (*initiales*) :