

## 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)

 **MESSAGERIE  
Sécurisé Santé**



## IDENTITÉ DU PATIENT (Écrire en lettres majuscules)

Nom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nom de naissance : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /  Homme  Femme Tél 1 : \_\_\_\_\_ Tél 2 : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_



## 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 ou  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 - TRAITEMENTS ACTUELS

► 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

► Appareillage :

Trachéotomie  VNI  O<sub>2</sub>  CPAP

Déambulateur  Canne  Fauteuil roulant

► Autre handicap particulier : \_\_\_\_\_

► Traitement actuel - fournir l'ordonnance \_\_\_\_\_



## 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.

Hérault / 200 m d'altitude – Lodève 34700 – CLINIQUE DU SOUFFLE® LA VALLONIE

Cantal / 800 m d'altitude – Riom-Es-Montagnes 15400 – CLINIQUE DU SOUFFLE® LES CLARINES

Hospitalisation complète  Ambulatoire

Pyrénées-Orientales / 1250 m d'altitude – Osséja 66340 – CLINIQUE DU SOUFFLE® LA SOLANE



## MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Cachet ou tampon du médecin

En vertu de la réglementation en vigueur, le médecin prescripteur atteste donner toutes les informations nécessaires au bon déroulement du séjour.

## 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