

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- \_\_\_\_\_ %

► PaO2 : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_



## 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.

Ain / 850 m d'altitude – Hauteville-Lompnes 01110 – **CLINIQUE DU SOUFFLE® LE PONTET** *(ouverture nouveau bâtiment en septembre 2020)*

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

Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour

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

Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour

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

Hospitalisation complète  Hospitalisation de jour



## MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

**N°RPPS** (obligatoire)

Sans cette mention le dossier ne pourra être traité

Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

## 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

LE PONTET 01

*(ouverture septembre 2020)*

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 : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm Email : \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTIC JUSTIFIANT LA PRESCRIPTION

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS DE RÉHABILITATION

Oui  Non

### DYSPNÉE

Oui  Non

### TOUX ET/OU CRACHATS AU MOINS 3 MOIS DE L'ANNÉE

Oui  Non

### PLUSIEURS DÉCOMPENSATIONS ET/OU SURINFECTIONS BRONCHIQUES PAR AN

Oui  Non

### ANTÉCÉDENTS CONNUS DE MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme  BPCO  Bronchite chronique  Dilatations de bronches  Fibrose interstitielle

Autres \_\_\_\_\_

FUMEUR  Non

Oui depuis combien de temps ? \_\_\_\_\_

Nombres de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

### AUTRES ADDICTIONS

Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_



## TRAITEMENTS À VISÉE RESPIRATOIRE DÉJÀ EN COURS

Oui  Non

### SI OUI, LESQUELS

Bronchodilatateurs  Oxygène  Ventilation nocturne  Autres \_\_\_\_\_



## MODE DE VIE

### SÉDENTARITÉ

Oui  Non

### AUTONOMIE POUR LES GESTES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Oui  Non

### CAPACITÉ À FAIRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Oui  Non



## CO-MORBIDITÉS

<input type="checkbox"/> Cardiovasculaire Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Métabolique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Neurologique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Psychologique Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Rénale Précisez : _____
---	--	---	--	---

AUTRES : \_\_\_\_\_



## QUEL EST L'OBJECTIF DE VOTRE PATIENT POUR CE SÉJOUR ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)

Diminution et gestion de la dyspnée  Arrêt du tabac  Reprise de confiance en soi  
 Perte de poids  Amélioration de la qualité de vie  Autres \_\_\_\_\_



## MÉDECIN PRESCRIPTEUR DU SÉJOUR

<b>N°RPPS</b> (obligatoire) Sans cette mention le dossier ne pourra être traité	Nom/Prénom : _____
	Adresse : _____
	Code postal : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Port : _____ Fax : _____
	Email : _____

## 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  LE PONTET 01 *(ouverture septembre 2020)*