



FICHE MÉDICALE

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 : cliniquesdusouffle@korian.fr



IDENTITÉ DU PATIENT

(écrire en lettres majuscules)

Nom : Prénom : Sexe : F M
 Nom de naissance : Né(e) le :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone (fixe) : Téléphone (portable) : Mail :

PATHOLOGIE - DIAGNOSTIC PRINCIPAL

.....

PARAMÈTRES INDISPENSABLES

pour le traitement du dossier médical

Poids : kg Taille : cm
 Pour les patients à dominante respiratoire indiquer :
 • vems : % Tiffeneau : % VR/CPT : %
 • PaO2 : mm/hg ou saturation : %
 Préciser : en air libre
 sous O2 - préciser le débit : l / mn
 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
 Préciser :

MOTRICITÉ - AUTONOMIE - TRAITEMENT ACTUEL

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 O₂ CPAP
 Déambulateur Canne Fauteuil roulant
 Autre handicap particulier :
 Traitement actuel - fournir l'ordonnance :

FICHE MÉDICALE

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**

LE PATIENT A-T-IL DÉJÀ EFFECTUÉ UN SÉJOUR DE RÉHABILITATION ?

Oui Non

CLINIQUE SOUHAITÉE PAR LE PRESCRIPTEUR ET LE PATIENT

(cochez une seule case)

- Je confie ce choix au médecin régulateur des cliniques du souffle Korian 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 - Plateau d'Hauteville 01110 - **Clinique du Souffle Le Pontet**
 - Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
- Hérault / 200 m d'altitude - Lodève 34700 - **Clinique du Souffle La Vallonie**
 - Hospitalisation complète Hospitalisation de jour
- Cantal / 800 m d'altitude - Riom-ès-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
- Hautes-Alpes / 1300 m d'altitude - Briançon 05100 - **Clinique du Souffle Les Acacias**
 - 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) Les Acacias (05)