

A la suite de votre appel dans notre Etablissement, vous trouverez ci-joint notre dossier de pré-admission.

Afin que nous puissions étudier votre demande, veuillez nous renvoyer à l'adresse suivante :

**Hôpital Sainte Marie – Paris
Service de déficience sensorielle
167, rue Raymond Losserand – 75014 PARIS**

- Notre document intitulé « **dossier de pré-admission** » complété par vos soins
- Notre document intitulé « **renseignements médicaux** » à compléter par votre médecin traitant ou spécialiste, daté, signé et tamponné.
- Notre document intitulé « **renseignements ophtalmologiques** » à compléter par votre médecin ophtalmologiste, daté, signé et tamponné (**consultation datant de moins de 6 mois**)
- **Une photocopie du volet 3 du protocole de soins que le médecin traitant vous a transmis après accord définitif de la mise à 100%, ou demander une photocopie au médecin traitant qui a rempli le protocole**
- Une photocopie de votre attestation de carte vitale à jour (nous vous conseillons de vous rendre auprès de votre caisse d'assurance maladie afin d'effectuer la mise à jour.

Ou

- Une photocopie de l'attestation AME (Aide Médicale d'Etat) à jour, s'il y a lieu
- Une photocopie de votre carte mutuelle

Le médecin ne pourra étudier votre demande qu'après réception de l'intégralité de ces éléments à jour.

oooooooo

Toutes ces informations nous sont indispensables pour organiser au mieux votre venue

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Concerne :

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone personnel :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Situation professionnelle :

- Situation professionnelle actuelle :

En cours d'activité Profession :

Retraité(e)

Etudiant(e)

Formation professionnelle

Autre

- Niveau d'études ou diplômes obtenus :

- Précisez les différents emplois que vous avez occupés (pour chacun d'eux, la durée, ainsi que les motifs de changement) :

Vie quotidienne:

- Depuis quand êtes-vous gêné (e) par votre déficience visuelle ?

- Conservez-vous des possibilités visuelles, même réduites ?

- Dans quels domaines ou circonstances, êtes-vous gêné(e) actuellement ?

- o Déplacements :

▪ Intérieurs : OUI NON

- Extérieurs : OUI NON
 - Cuisine : OUI NON
 - Ménage : OUI NON
 - Repas : OUI NON
 - Courses : OUI NON
 - Lecture : OUI NON
 - Ecriture : OUI NON
 - Téléphone : OUI NON
 - Loisirs : OUI NON
 - Vie professionnelle : OUI NON
- Sortez-vous seul à l'extérieur ? OUI NON
- Avez-vous des difficultés dans la vie de tous les jours? Si oui, lesquelles :
- Utilisez-vous un ordinateur ? Si oui dans le cadre professionnel ou personnel ?
- Avez-vous déjà réalisé une rééducation dans le domaine de la déficience visuelle ? Si oui, dans quelle structure et combien de temps ?

- Qu'attendez-vous d'une rééducation ?

- Par qui avez-vous connu le centre ?

Bénéficiez-vous d'une protection juridique (tutelle, curatelle etc...) ?

Oui Non

Si vous avez un représentant légal, est-il votre parent, tutelle, curatelle (Nom, téléphone, adresse) ?

Quel est votre régime de sécurité sociale ?

Général

CMU

CMUC

AME

- Date de validité :

- Quelle est votre mutuelle ?

- Avez-vous un dossier MDPH ?

Si oui, numéro de dossier :

- Bénéficiez-vous d'un suivi social ?

Si oui, nom et coordonnées de votre assistance sociale :

Mode de vie :

- Vous vivez :

Seul(e)

En structure collective

En famille

- Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Composition de la famille et pour chacun des membres, âge, profession ou activité :

- Personne à prévenir et le lien de parenté et coordonnées (**obligatoire**):

- Personne de confiance et le lien de parenté et coordonnées (**facultatif**) :

- Coordonnées de votre médecin généraliste traitant :

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET GENERAUX
Ce document est à remplir par votre médecin généraliste

Concerne :

Nom :

Prénom :

Age :

Antécédents :

Familiaux :

Personnels :

Pathologie active :

(Merci de joindre au dossier une copie des courriers médicaux récents, de tout antécédent séquellaire ou pathologie évolutive présents lors de la rééducation exemple : courrier cardiologique, bilan neuropsychologique ...)

Examen clinique :

Taille :

Poids :

Etat général :

Appareil cardiovasculaire et respiratoire :

Appareil digestif :

Appareil rénal et génito-urinaire :

Système endocrinien :

Système locomoteur (lésions organiques et atteintes fonctionnelles) :

Système neurologique :

- Neuro-psychologique : Mémoire, concentration, parole
(Si un bilan neuro-psychologique a été réalisé, merci de joindre une copie avec le dossier)
- Audition :
(fournir l'audiogramme interprété)
- Sensibilité superficielle et profonde :
- Equilibre :
- Comitialité :

Résultats d'examens complémentaires : (biologie, imagerie,...)

Traitement actuel et surveillance :

Une prise en charge à 100% est-elle en cours ?

- oui, date de fin de validité :
- non

Si oui

- liste, pathologie concernée :
- hors liste

A.....

Le.....

Cachet :

Signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OPHTALMOLOGIQUES
Ce document est à remplir par un médecin ophtalmologiste

Nom :

Prénom :

Age :

Pathologie responsable de la malvoyance (indispensable pour le traitement du dossier) :

Histoire de la maladie ophtalmologique :

Traitement ophtalmologique :

Acuité visuelle :

Œil droit

Œil gauche

- **De loin avec correction**

(équivalent échelle de Monoyer)

.....

.....

- **de près avec correction**

(équivalent échelle de Parinaud à 40 cm)

.....

.....

- **Réfraction**

.....

.....

Le champ visuel (à joindre impérativement) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • Scotome central | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Vision tubulaire | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Altération | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Rétrécissement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Amputation | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Vision des couleurs anormale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Sensibilité aux faibles contrastes anormale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Autres signes cliniques : (préciser)

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Nystagmus | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Diplopie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Photophobie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Cécité nocturne | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Héméralopie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Pression oculaire :

Le dossier sera pris en compte uniquement si les informations ci-dessus sont consignées et si le dernier CV et OCT interprétés sont fournis.

A.....

Le.....

Cachet :

Signature :