

DOSSIER COMMUN DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS MÉDICAUX DE RÉADAPTATION

FICHE d'ENGAGEMENT



La majorité des séjours se déroulent en hospitalisation de jour (HDJ), vous serez sollicités plusieurs demi-journées par semaine pour bénéficier de séances de rééducation. Vous regagnez votre domicile après chaque venue. Certaines situations peuvent nécessiter une hospitalisation complète (HC), Si vous êtes concernés, les conditions d'accueil en hospitalisation complète vous seront présentées lors de l'entretien d'admission.

Quelle que soit la modalité (HDJ, HC), la réadaptation correspond à un cursus structuré et intensif, qui requiert :

- Une **disponibilité** : elle implique à la fois l'organisation de votre emploi du temps pour être présent(e) aux rendez-vous et la détermination à vous investir pleinement dans votre rééducation.
- Un **engagement régulier et soutenu** : votre assiduité est indispensable. Les séances sont programmées à l'avance sur plusieurs demi-journées par semaine, et leur continuité est essentielle pour progresser efficacement vers les objectifs définis.
- Une **participation active** : indispensable lors des séances et la mise en application des conseils. Elle vous permettra de réinvestir vos potentiels et d'optimiser votre autonomie.

En cas de rupture d'engagement (absences prolongées ou annulations de séances injustifiées, congés prolongés...), la structure d'accueil se donne le droit d'interrompre votre séjour.

En signant cette fiche, vous vous engagez à participer activement aux soins proposés, avec régularité et motivation.

Nom et prénom du patient : _____

Date : _____

Signature :

DOSSIER COMMUN DE PRÉ-ADMISSION EN SOINS MÉDICAUX DE RÉADAPTATION

PIÈCES JUSTIFICATIVES À FOURNIR



Pièces indispensables à la constitution de votre dossier :

- Le dossier de préadmission rempli par vos soins et complété par votre médecin généraliste et Ophtalmologue
- Une pièce d'identité officielle : Carte d'Identité, Passeport ou permis de conduire, Titre de Séjour en cours de validité.
- Une photocopie de votre attestation de carte vitale 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

Votre demande ne sera étudiée qu'après réception de la **totalité** de ces éléments à jour.

Tout dossier incomplet sera mis en attente.

Vous pouvez nous retourner votre dossier complet :

- Par courrier : PACO 9 rue Moreau 75012 PARIS
- Par mail : paco@15-20.fr

L'équipe du PACO

DOSSIER DE PRE-ADMISSION

Identité

Nom :

Prénom :

Date de Naissance : / / Âge :

Lieu de Naissance : Nationalité :

Identité de genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre :

Adresse :

.....

Si domiciliation, nom de l'organisme :

Code postal et Ville :

Téléphone portable :/...../...../...../.....

Téléphone fixe :/...../...../...../.....

Adresse Mail :@.....

Protection juridique

Etes-vous sous tutelle, curatelle, habilitation familiale : ☐ Oui ☐ Non

Si oui régime de protection :

Si oui nom du tuteur / Curateur :

Informations personnelles :

Maîtrise de la langue française :

☐ Oral ☐ Écrit ☐ Débutant ☐ Non maîtrisée

Mode de transport envisagé pour les déplacements lors du séjour :

☐ Transports en communs

☐ PAM

☐ Taxi

☐ Taxi conventionné

☐ Ambulance

☐ Autre :

Nom Prénom date de naissance :.....

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Rééducation :

Quels sont vos besoins et/ou difficultés qui nécessiteraient une prise en soin en hospitalisation ?

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà réalisé une rééducation dans le domaine de la déficience visuelle ?

☐ Oui ☐ Non, Si oui précisez :

.....

.....

.....

Parcours :

Décrivez votre parcours jusqu'à aujourd'hui (études, formations, expériences personnelles ou professionnelles)

.....

.....

.....

.....

Avez-vous un projet personnel et/ou professionnel ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez :

.....

.....

.....

Bénéficiez-vous d'une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ? ☐ Oui ☐ Non

Nom Prénom date de naissance :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Ce document est à remplir par votre médecin généraliste

Merci de joindre au dossier une copie de tout document que vous jugerez utile pour la prise en soin (prescriptions, compte rendu d'hospitalisation, courrier médical...)

Situation médicale

Antécédents familiaux :

.....
.....

Antécédents Personnels

.....
.....
.....

Pathologie(s) active(s) :

.....
.....
.....

ALD : ☐ Oui ☐ Non Si oui, pour quelle(s) pathologie(s) :

.....

Examen Clinique

.....
.....
.....
.....

Score COGEVIS :



*lien de
téléchargement*

Traitement médical

Présence d'un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez lequel et la fréquence :

.....
.....
.....

A :

Le : / /

Docteur (Nom, Prénom) :

Cachet :

Signature :

Nom Prénom date de naissance :.....

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES

Ce document est à remplir par votre médecin ophtalmologue. Le certificat d'ophtalmologie du dossier MDPH, s'il est daté de moins de 6 mois, est recevable.

Merci de joindre au dossier une copie de tout document que vous jugerez utile pour la prise en soin (champ visuel, OCT, compte rendu d'hospitalisation, courrier médical...)

Situation médicale

Antécédents familiaux :

.....

Antécédents Personnels :

.....

Pathologie active :

.....

Date du diagnostic : Date de la gêne ressentie :

Traitement ophtalmologique :

.....

Examen Clinique

Acuité Visuelle (avec correction) :

Œil Droit	Œil Gauche
VL :	VL :
VP :	VP :
Correction :(..... à°)	Correction :(..... à°)

Autres signes cliniques :

☐ Nystagmus ☐ Diplopie ☐ Photophobie ☐ Héméralopie ☐ Hallucinoze

Examen complémentaire Champ Visuel

Altération du Champ visuel : ☐ Oui ☐ Non

☐ Scotome central ☐ Vision tubulaire ☐ Altération ☐ Rétrécissement ☐ Amputation

Vision des couleurs anormale : ☐ Oui ☐ Non

Sensibilité aux contrastes anormale : ☐ Oui ☐ Non

A :

Le : / /

Docteur (Nom, Prénom) :

Cachet :

Signature :

Fiche Patient**Désignation de la
personne de confiance**

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit

La désignation d'une personne de confiance (art. L.1111-6 du Code de la santé publique) par les patients, qui le souhaitent, lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation. Elle est faite par écrit et est révocable à tout moment.

La loi définit ainsi la personne de confiance : la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Cette personne peut être différente de la « personne à prévenir » ci-dessous

**DÉSIGNATION DE LA PERSONNE
DE CONFIANCE**

Je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

Désigne comme personne de confiance :

NOM :

PRENOM :

Lien :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Personne de confiance :

☐ J'accepte ce rôle

Fait à : Le :/...../.....

Signature de la personne de confiance :

Patient:

☐ Je certifie avoir été informé(e) de mon droit de désigner une personne de confiance et de la possibilité de la modifier ou de l'annuler à tout moment

☐ Je ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

☐ Je désignerai ultérieurement une personne de confiance.

Fait à : Le :/...../.....

Signature du patient:

Fiche Patient

Document à remplir

**Désignation de la
personne à prévenir**

Tout patient peut désigner une ou des personnes à prévenir, lors de son admission ou pendant son hospitalisation. Il n'est pas obligatoire de désigner une personne à prévenir, mais cela est recommandé notamment en cas de changement administratif relatif à votre prise en charge (organisation de votre sortie par exemple).

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas d'événement(s) particulier(s) d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement...) au cours de votre séjour.

La personne à prévenir n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

**DÉSIGNATION DE LA PERSONNE
A PREVENIR**

Je soussigné(e) :

NOM :

Prénom :

1ère personne à prévenir :

NOM :

PRENOM :

Lien :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

2ème personne à prévenir (facultatif) :

NOM :

PRENOM :

Lien :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Fait à : Le :/...../.....

Signature du patient: