

# DEMANDE D'HOSPITALISATION DE JOUR

Merci de renvoyer cette demande dûment complétée au Service des Admissions et Informations Médicales

**MOTIF DE LA DEMANDE :**  consultation pour avis MPR  admission



À retourner par e-mail :  
**hdj@clinique-tamarins.fr**  
Ou par fax : **0262 96 69 31**

Tél. : **0262 45 85 21**



À retourner par e-mail :  
**hdj@clinique-tamarins-sud.fr**  
Ou par fax : **0262 70 19 20**

Tél. : **0262 74 09 74** ou Poste : **5428**

La demande d'hospitalisation permet à notre équipe de compléter le dossier médical du patient et de lui assurer une prise en charge optimale. Afin de réduire le temps de traitement de la demande, il est important que le médecin prescripteur complète **en totalité** le document.

## DEMANDEUR

Médecin traitant  
 Autre : .....  
Nom : .....  
Établissement : .....  
Service : .....  
Entrée souhaitée le : ...../...../.....

## INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LE PATIENT

Nom et prénoms : .....  
Date de naissance : ...../...../..... N° Tél. : .....  
 Homme  Femme  
N° Sécurité Sociale : .....  
Mutuelle : .....

**IDE libéral(e) (coordonnées) :** ..... **Pharmacie habituelle :** .....

## INFORMATIONS MÉDICALES

**Diagnostic principal** (préciser la date de début de l'affection / si intervention(s) chirurgicale(s), préciser la date et la nature)

**Diagnostics associés**

**Contre-indication à l'effort :**

Oui, préciser :

Non

**Autres contre-indications :**

**Objectif de la prise en charge**

**Antécédents**

**Suivi spécialisé**

**Traitements en cours**

**Bilan infectieux :**  Non  Oui  Isolement

## DOCUMENT À JOINDRE AVEC LA DEMANDE

- Imagerie et compte-rendu
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire

**Toute demande incomplète  
ne sera pas étudiée**

### Demande faite auprès d'une autre structure ou déjà suivi dans une autre structure

Non     Oui, laquelle : .....

## INFORMATIONS PARAMÉDICALES

### Évaluation de l'autonomie

<b>TOILETTE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide humaine</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide totale</b> <input type="checkbox"/>
<b>HABILLAGE</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide humaine</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide totale</b> <input type="checkbox"/>
<b>DÉPLACEMENT</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide humaine ou matérielle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide totale</b> <input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTATION</b>	<b>Autonome</b> <input type="checkbox"/>	<b>Supervision</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aide partielle</b> <input type="checkbox"/>
<b>CONTINENCE URINAIRE</b>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sondage</b> <input type="checkbox"/>
<b>CONTINENCE ANALE</b>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	
<b>ÉTAT CUTANÉ</b>	<b>Normal</b> <input type="checkbox"/>	<b>Plaies</b> <input type="checkbox"/>	
<b>TROUBLES COGNITIFS</b>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	

**Aide technique à domicile :**  Non     Oui, laquelle :

### SITUATION SOCIALE

Personne sous protection juridique :     oui     non     curatelle     tutelle

### Environnement social :

Vie seul(e)     Accompagné(e)     En institut d'hébergement     Hospitalisation à domicile

### Pièces à fournir lors de l'entrée

- Pièce d'identité
- Carte vitale et attestation de carte vitale
- Carte ou attestation de mutuelle
- Attestation de CMU si le patient en est bénéficiaire
- Attestation Affection Longue Durée (ALD)
- Test PCR de moins de 72h (uniquement si contact avec un cas avéré avant admission)
- Les directives anticipées

### Nom ou cachet du Médecin demandeur

Nom : .....

Le : ...../...../.....

Signature :

# ANNEXE 1

## Chère consœur, cher confrère,

Vous adressez votre patient en rééducation. Selon les objectifs, une prescription d'activité physique adaptée sera envisagée (renforcement, reconditionnement, réentraînement à l'effort...)

Afin de ne pas retarder la prise en charge en rééducation de votre patient, merci de vérifier qu'il ne présente pas de **contre-indication absolue à l'effort** ou qu'un **bilan cardiologique** a été fait si nécessaire.

### Contre-indications absolues à l'effort

- angor instable
- insuffisance cardiaque décompensée
- troubles du rythme ventriculaire complexes non appareillés
- HTA sévère non contrôlée
- HTAP (>60mmHg)
- thrombus intra-cavitaire volumineux ou pédiculé
- péricardite, myocardite ou endocardite en évolution
- cardiopathie obstructive sévère
- Rétrécissement aortique serré ou symptomatique
- TVP ou EP récente

### Bilan cardiologique nécessaire :

\*en cas d'**ECG de repos anormal**

\*en cas de **symptômes** tels que :

- douleur thoracique
- dyspnée pour les activités habituelles / orthopnée / œdèmes des chevilles,
- vertiges ou syncopes,
- palpitations,
- tachycardie ou rythme cardiaque irrégulier,
- claudication intermittente,
- souffle cardiaque non connu

\*en cas d'**antécédents à risque** :

- coronaropathie (antécédents d'infarctus du myocarde, de syndrome coronarien aigu, revascularisation coronaire)
- maladies cardiaques autres (cardiomyopathie hypertrophique, sténose valvulaire modérée, anévrisme ventriculaire, HTAP)
- maladies cérébro-vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire)
- maladies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, antécédent de revascularisation artérielle, anévrisme aortique)
- présence connue de plaques d'athéromes significatifs à l'imagerie carotidienne ou à l'angiographie coronarienne
- antécédent familial (1er degré) d'évènement cardiovasculaire précoce
- insuffisance rénale chronique modérée ou sévère (DFG < 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)
- cancer avec traitement médical spécifique cardiotoxique
- maladies auto-immunes sévères ou très actives
- syndrome d'apnée du sommeil
- antécédent de pré-éclampsie et l'HTA liée à la grossesse ou de syndrome poly-kystique ovarien

\*en cas de **risque cardiovasculaire élevé ou très élevé** :

- âge supérieur à 65 ans
- une hyper-cholestérolémie totale > 3,1g/L (8 mmol/L) ;
- une hypertension artérielle  $\geq$  180/110 mm Hg
- un diabète (sauf diabète type 1 en l'absence d'autres facteurs de risque cardiovasculaires)
- Index Score > 5 % (se référer à la table correspondante selon l'âge du patient)

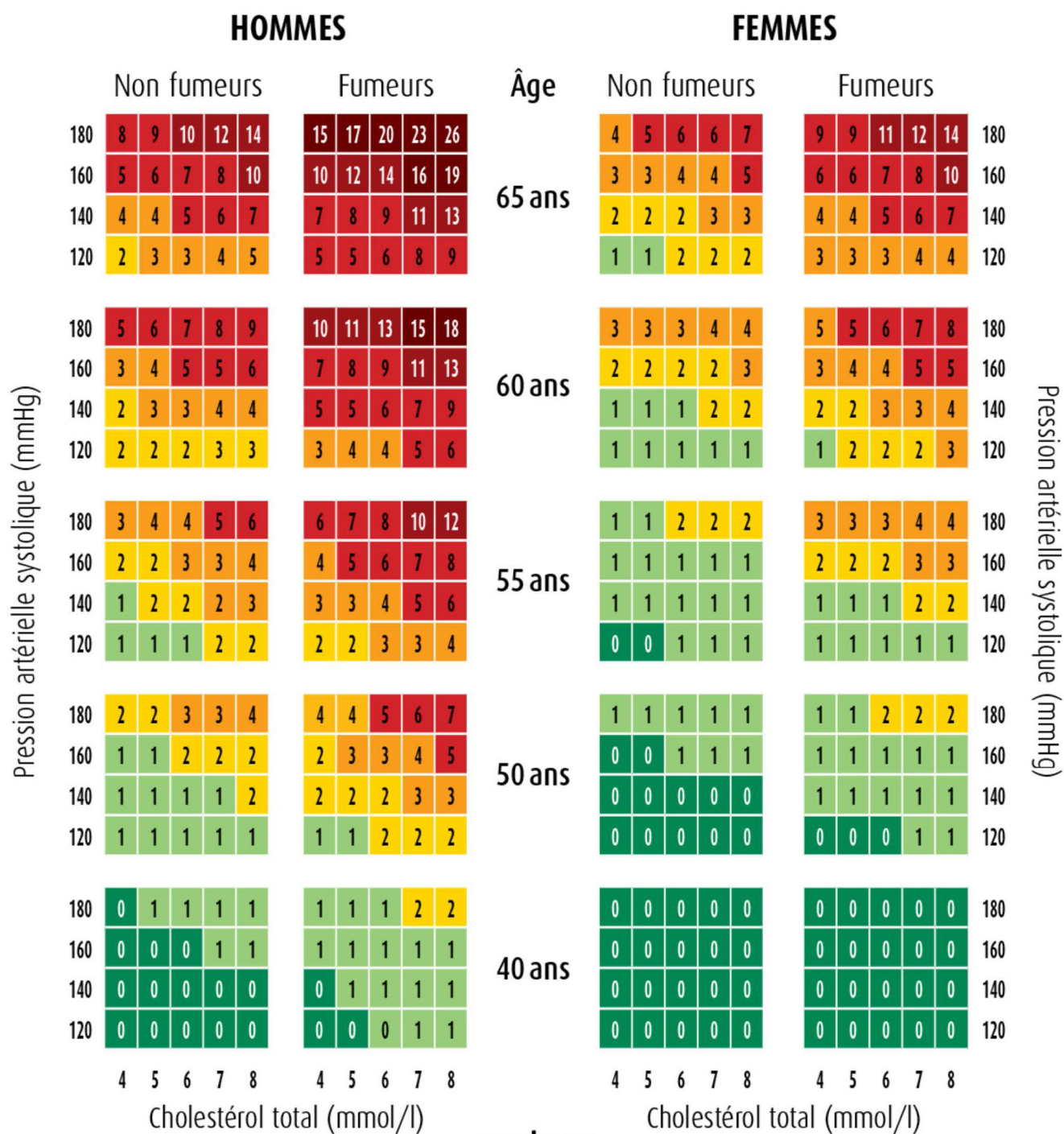
**Attention :** l'Index SCORE ne s'applique pas aux patients hypertendus sévères (PA  $\geq$  180/110 mm Hg), ou atteints d'hypercholestérolémie familiale ou avec ratio chol total /HDL >7. *Un facteur correctif s'applique selon l'ethnie, à utiliser pour les immigrés de 1<sup>ère</sup> génération dans le pays. Pour les générations suivantes, le risque se rapproche de celui du pays d'accueil." Asie du Sud X 1,4 ; Afrique sub-saharienne ou Caraïbes X 1,3 ; Asie de l'Ouest X 1,2 ; Afrique du Nord X 0,9 ; Asie de l'Est ou Amérique du Sud X 0,7*

## ANNEXE 2

Table SCORE des pays à bas risque cardio-vasculaire, d'après la Société européenne de cardiologie, 2016.

Risque à 10 ans de décès cardio-vasculaire (CV) en fonction du sexe, de l'âge (de 40 à 65 ans), du statu tabagique, de la pression artérielle systolique et des concentrations de cholestérol total.

Risque cardiovasculaire à 10 ans



SCORE

## ANNEXE 3

Table de risque relatif SCORE de mortalité cardio-vasculaire à 10 ans, pour les adultes de moins de 40 ans, d'après la Société européenne de cardiologie, 2016.

### Estimation du risque relatif (ou sur-risque) par rapport aux sujets sans facteurs de risque.

Cette table indique un risque relatif et non un risque absolu : une personne dans le coin supérieur droit présente un risque 12 fois plus élevé qu'une personne dans le coin inférieur gauche.

