CONFIDENTIEL

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

☐ Clinique Les Tamarins Ouest

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

Tél. : **0262 45 85 21**

☐ Clinique Les Tamarins Sud

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

TOILETTE	Autonome ☐	Aide humaine ☐	Aide totale ☐
HABILLAGE	Autonome ☐	Aide humaine ☐	Aide totale ☐
DÉPLACEMENT	Autonome ☐	Aide humaine ou matérielle ☐	Aide totale ☐
ALIMENTATION	Autonome ☐	Supervision ☐	Aide partielle ☐
CONTINENCE URINAIRE	Non ☐	Oui ☐	Sondage ☐
CONTINENCE ANALE	Non ☐	Oui ☐	
ÉTAT CUTANÉ	Normal ☐	Plaies ☐	
TROUBLES COGNITIFS	Non ☐	Oui ☐	

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)
- Les directives anticipées
- Ordonnance des traitements en cours
- Fiche liaison kiné (si pec en libéral)

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
- myocardiopathie 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, anévrysme ventriculaire, HTAP)
- maladies cérebro-vasculaires (accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire)
- maladies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inferieurs, antécédent de revascularisation artérielle, anévrysme 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/1,73m2)
- 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 a la grossesse ou de syndrome poly-kystique ovarien

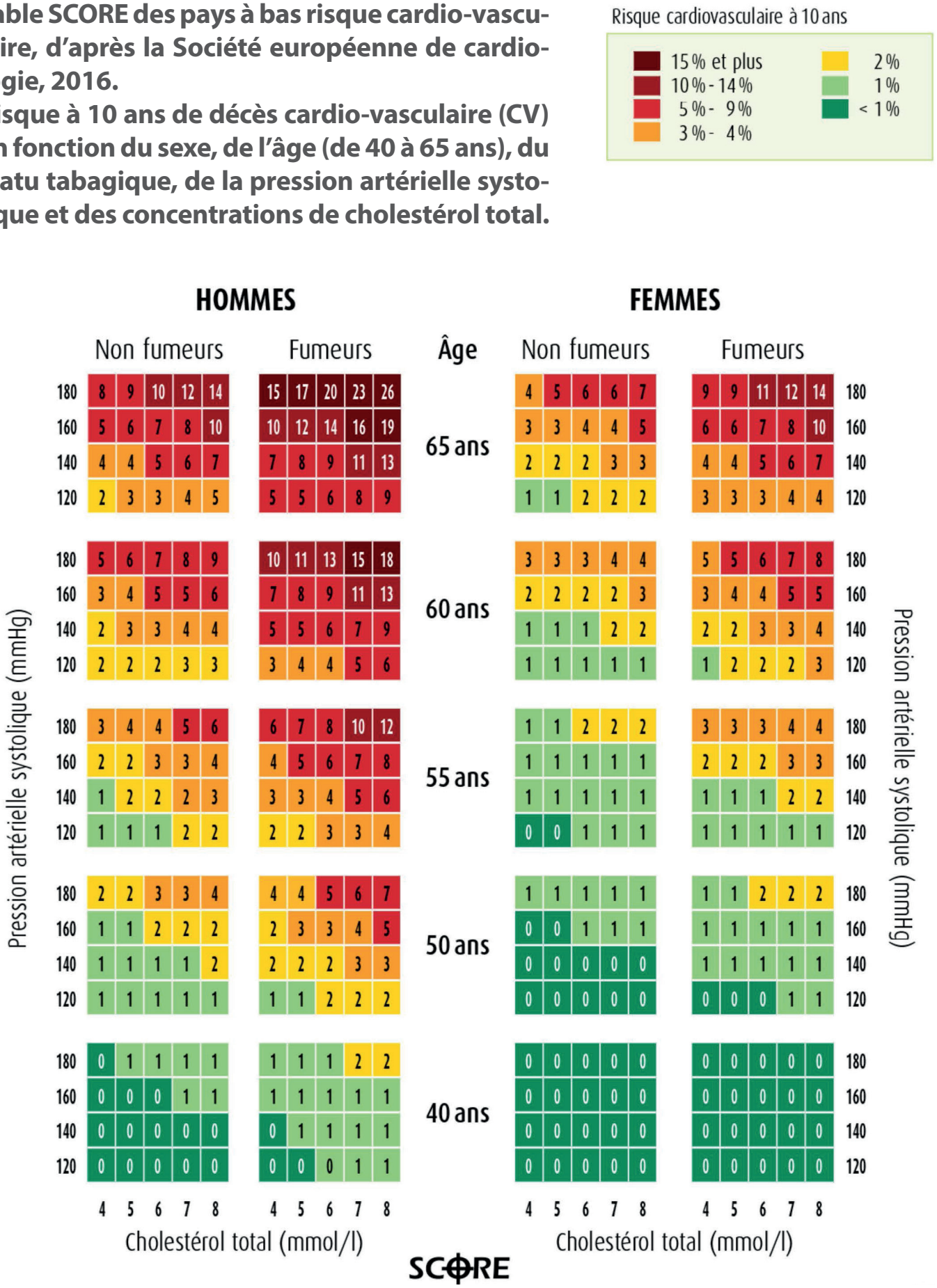
*en cas de **risque cardiovasculaire élevé ou très élevé** :

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

Attention : l'Index SCORE ne s'applique pas aux patients hypertendus sévères (PA ≥ 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 1ère 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*

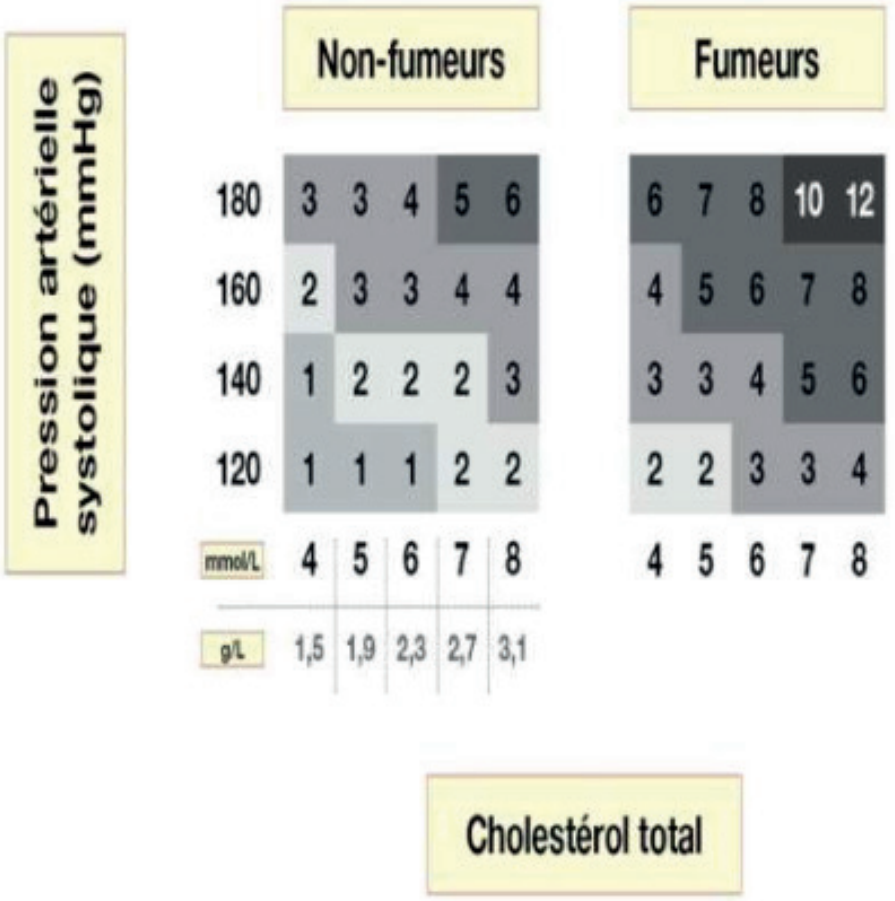
ANNEXE 2

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.



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.