

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SMR BASSE-VISION



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez intégrer le programme basse-vision de l'hôpital la Musse selon la modalité « hôpital de jour ».

Ce service a pour mission d'évaluer dans un premier temps les répercussions de vos troubles visuels sur votre quotidien. Il pourra ensuite vous accompagner dans un travail de réadaptation et/ou de rééducation et éventuellement de vous proposer d'essayer des aides techniques et optiques.

Votre médecin ophtalmologiste habituel continuera à assurer vos consultations de suivi et votre opticien restera votre interlocuteur pour vos équipements optiques.

Afin d'évaluer au mieux vos besoins, l'équipe vous remercie de bien vouloir nous retourner les documents à l'adresse suivante :

HTP Hôpital la Musse - SMR Basse-Vision
Allée Louis - 27180 St-Sébastien-de-Morsent
Ou par mail a.htp1@hlrs-lamusse.net

Après étude de votre dossier, vous serez amené à rencontrer les différents professionnels. Cette évaluation nécessitera plusieurs rendez-vous, répartis sur 2 à 4 jours.

Nous sommes à votre disposition pour répondre au mieux à vos attentes.

Merci de renvoyer les documents médicaux et administratifs mentionnés ci-dessous :

- ☐ La **fiche de renseignements ophtalmologiques** ci-jointe à faire remplir par votre ophtalmologiste traitant **ou le dernier champ visuel**.
- ☐ La **fiche de renseignements médicaux** ci-jointe à faire remplir par votre médecin traitant.
- ☐ **La charte d'engagement du patient signée avec la mention « lu et approuvé ».**
- ☐ Une photocopie des ordonnances de vos lunettes et de vos traitements en cours.
- ☐ Les derniers comptes-rendus de rééducation en orthoptie, d'hospitalisation...
- ☐ La photocopie de votre attestation de sécurité sociale à jour.
- ☐ La photocopie de votre carte de mutuelle à jour.
- ☐ La photocopie de votre pièce d'identité (passeport, carte d'identité).
- ☐ Si votre pathologie relève d'un accident du travail merci de fournir un justificatif

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

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

FICHE ADMINISTRATIVE

IDENTITE

Nom de naissance :

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Personne à prévenir en cas d'urgence (obligatoire)

Nom : Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté ou autre :

Personne de confiance (obligatoire)

Nom : Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté ou autre :

Protection juridique

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

Si oui régime de protection :

Si oui nom du tuteur/curateur :

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Etes-vous déjà venu en rééducation à l'hôpital la Musse ? ☐ Oui ☐ Non

Comment avez-vous connu le SMR Basse-vision de la Musse ?

.....

.....

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

Si oui précisez :

.....

.....

Quelles sont vos difficultés liées à votre vision ? (par exemple : lecture, écriture, cuisine, téléphone...)

.....

.....

.....

.....

Quelles sont vos demandes ou vos attentes pour cette rééducation ?

.....

.....

.....

.....

CONTEXTE DE VIE

Veillez entourer votre réponse

Situation à domicile :

Vivez-vous seul(e) ? :oui / non

Bénéficiez-vous de l'aide de votre entourage :oui / non

Avez-vous des enfants à charge ? :oui / non

Si oui, combien ? :

Habitez-vous près des commerces ?oui / non

Habitez-vous en maison /en appartement ?

Devez-vous emprunter des escaliers pour atteindre votre lieu de vie ?oui / non

Situation professionnelle :

- ☐ En activité _ Laquelle ?.....
- ☐ Etudiant(e) _ Quel secteur ?
- ☐ Retraité(e)
- ☐ En invalidité
- ☐ En cours de construction d'un projet professionnel (études, adaptation de poste, reconversion) ?

- Si oui quels sont vos problématiques rencontrées ?

.....

.....

Etes-vous autonome :

Pour les transferts (lever/coucher/aller aux toilettes): oui / non

Pour la toilette/habillage : oui / non

Pour la préparation des repas :oui / non

Pour le ménage, les gestes du quotidien :oui / non

Pour les déplacements :

- A l'intérieur :oui / non
- En extérieur : oui / non
- Utilisez-vous une canne ?oui / non
- Utilisez-vous un fauteuil roulant ? oui / non
 - Si oui : manuel / électrique
- Utilisez-vous les transports en commun ?oui / non
- Etes-vous accompagné d'un chien-guide ?.....oui / non
- Chutez-vous fréquemment ?oui / non
 - Si oui : à quelle fréquence :
- Vous arrive-t-il de vous heurter aux meubles, aux objets ou aux personnes ?oui / non

CONTACTS

Merci de nous préciser les noms des différents professionnels avec lesquels vous êtes en relation :

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom :

Ville :

OPHTALMOLOGISTE

Nom et Prénom :

Ville :

ORTHOPTISTE

Nom et Prénom :

Ville :

OPTICIEN

Nom et Prénom :

Ville :

Autre professionnel paramédical (infirmier, kiné ..)

Nom et Prénom :

Ville :

ASSISTANT de SERVICE SOCIAL

Nom et Prénom :

Ville :

Etes-vous d'accord pour que le service prenne contact avec ces professionnels si cela est nécessaire ? :oui / non

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES
(à remplir par votre ophtalmologiste)

NOM/PRENOM DU PATIENT : M/Mme

DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

DATE D'APPARITION DES PROBLEMES VISUELS :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : ☐ oui ☐ non

ESTIMEZ VOUS QUE LA VISION SOIT :

☐ stable ☐ susceptible d'amélioration ☐ susceptible d'aggravation

Reconnaissance ALD acquise au titre de la pathologie ophtalmologique : ☐ oui ☐ non

Si oui : joindre la photocopie du volet 2 du protocole de soins

DESCRIPTION DU CHAMP VISUEL :

Joindre le dernier champ visuel sinon le dossier ne pourra être étudié

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

Vision des couleurs anormale : ☐ Oui ☐ Non

Sensibilité aux contrastes anormale : ☐ Oui ☐ Non

PIO :

FO – ANGIOGRAPHIES- OCT Joindre les derniers examens effectués

ACUITE VISUELLE AVEC CORRECTION

VL OD = VL OG=

VP OD = VP OG=

VERRES CORRECTEURS

VL OD= VL OG=

VP OD = VP OG=

Autres signes cliniques :

☐ Nystagmus ☐ Diplopie ☐ Photophobie ☐ Héméralopie ☐ Hallucination

TRAITEMENT ACTUEL :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date :

Signature du médecin :

Cachet du praticien avec coordonnées complètes

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(à remplir par votre médecin traitant)

NOM-PRENOM DU PATIENT : M/Mme

ANTECEDENTS MEDICAUX ET

CHIRURGICAUX :

☐ **Familiaux :**

☐ **Personnels :**

PATHOLOGIE(S) active(s), en particulier des difficultés motrices, d'équilibre, d'audition, une fatigabilité importante... ?

ALLERGIES :

TRAITEMENTS EN COURS :

Le patient est-il en ALD ? ☐ oui ☐ non

Si oui : joindre la photocopie du volet 2 du protocole de soins

Suivi psychologique ☐ actuellement ☐ antérieurement

Pour les sujets âgés, une **évaluation cognitive** a-t-elle déjà été réalisée ? oui /non

Date :

Signature du médecin :

Cachet du praticien avec coordonnées complètes

CHARTRE D'ENGAGEMENT DU PATIENT

Hôpital de jour – SMR déficience visuelle La Musse

La rééducation se déroule au sein de l'hôpital la Musse : allée Louis Martin, 27180 St-Sébastien-de-Morsent.

Exceptionnellement des interventions à domicile pourront vous être proposées par l'ergothérapeute.

Les séances de rééducation se font en individuel et durent 45 minutes. Des groupes pourront vous être proposés au cours de votre parcours.

Durée et rythme du séjour :

La prise en charge au sein d'un service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) en hôpital de jour est exigeante et nécessite une disponibilité soutenue sur plusieurs mois.

Vous serez amené à vous déplacer 1 à 2 fois par semaine en fonction du planning établi, selon les objectifs définis avec le médecin en visite d'admission et en évaluation avec chaque rééducateur. Les horaires d'ouverture du service sont du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 13h à 17h.

Programme de rééducation :

Le planning par le médecin et l'équipe est établi pour le trimestre

à venir et transmis par e-mail. Il est peut-être ajusté au cours de la période.

Les aidants pourront participer ponctuellement à certains RDV médicaux ou séances en rééducation, cette décision sera prise en accord avec le rééducateur si cela s'avère pertinent pour le bon déroulement de la rééducation.

Le médecin est garant du parcours de rééducation et du suivi médical du patient. Le cadre de rééducation est le référent de l'organisation de la prise en charge. N'hésitez pas à vous adresser à l'un ou l'autre si vous avez des questions sur votre prise en charge ou sur le fonctionnement du SMR.

Absence et report de séances :

Pour nous permettre de programmer les différentes disciplines, nous avons besoin de connaître vos indisponibilités récurrentes majeures. Merci de les renseigner dans le tableau ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

Case à cocher si aucune indisponibilité : ☐

Indisponibilité pendant les vacances scolaires (préciser si zone A, B ou C) : ☐

Toute absence doit obligatoirement être justifiée pour bénéficier d'un report de la séance annulée.

Il vous appartient de prévenir de tout changement dans ces indisponibilités pour ajuster la programmation en fonction des possibilités du service.

Gestion des taxis :

La gestion des taxis est de la responsabilité du patient, il devra s'assurer de la réservation de son transport en fonction du programme qui lui sera remis. En cas d'annulation (par le patient ou par le service), le patient doit prévenir lui-même son taxi.

Je m'engage à respecter ces règles de fonctionnement et je m'engage à honorer les RDV programmés, la rééducation pourra être suspendue si je ne respecte pas ces engagements.

NOM et PRÉNOM :

DATE :

☐ **Lu et approuvé**

Signature :

OFFRE d'HEBERGEMENT

Hôtel hospitalier la Musse

QU'EST-CE QUE C'EST ?

Il s'agit de chambre individuelle avec salle de bain et WC accessible en autonomie.

La prestation est proposée au patient qui :

- est pris en charge en hôpital de jour
- ne nécessite pas de surveillance médicale ou paramédicale en dehors de ses séances
- habite trop loin pour rentrer chez lui

Un espace restauration est mis à disposition avec un réfrigérateur commun, un micro-ondes, une cafetière ...

FACTURATION

Sur Prescription médicale obligatoire, votre hébergement sera pris en charge par l'hôpital La Musse.

Cet hébergement ne peut dépasser 21 nuits sur 12 mois.

Vous souhaitez bénéficier de ce service :oui / non