

Hôpital Sainte-Marie Paris

HÔPITAL DE SOINS MÉDICAUX
ET DE RÉADAPTATION

GR O U P E **vyv**

Service de déficience sensorielle De l'Hôpital Sainte-Marie Paris

Vous trouverez ci-joint le dossier de demande d'admission à nous retourner complété à l'adresse suivante :

Service de Déficience Sensorielle
Hôpital Sainte Marie Paris
167-185, rue Raymond Losserand
75014 Paris

Pour toute question, vous pouvez contacter le secrétariat : 01 53 90 64 48 ou par mail à

reeducateurs-da.hsmp@idf.vyv3.fr // secretariat-ds.hsmp@idf.vyv3.fr

Dossier de demande d'ADMISSION

Service déficience sensorielle

Renseignements administratifs :

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Personne à prévenir (obligatoire) et le lien de parenté (adresse et numéro de téléphone) :

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ?

- Oui Non

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

- Droits MDPH/APA : Oui Non

Situation professionnelle :

- Situation professionnelle actuelle :

En cours d'activité

Profession :

Retraité(e)

Etudiant(e)

Formation professionnelle

Autre

- Niveau d'études ou diplômes obtenus :

- Dernier emploi occupé :

Renseignements sur la déficience auditive :

- Depuis quand êtes-vous gêné (e) par votre déficience auditive ?
- Conservez-vous des possibilités auditives, même réduites ?
- Quelles sont vos difficultés liées à votre déficience auditive ?

- Avez-vous déjà réalisé une rééducation dans le domaine de la déficience auditive ? Quand ? Combien de temps ? Par qui ?
- Pratiquez-vous la lecture labiale ?
- Pratiquez-vous la langue des signes ?
- Qu'attendez-vous du service de déficience auditive ?

- Comment avez-vous connu le centre ?

Mode de vie :

- Vivez-vous :
 - Seul(e)
 - En structure collective
 - En couple
 - En famille
 - Autres

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Ce document est à remplir par votre médecin ORL

Antécédents médicaux :

Pathologie actuelle : (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, CRH, bilan neuropsychologique...)

Date d'apparition de l'affection :

Evolution (étapes et traitement) :

Audition : Merci de joindre le bilan audiométrique tonal et vocal récent (datant moins de 6 mois) :

Aide auditive :

Gauche

Droite

Implant cochléaire :

Gauche

Droite

Autres examens complémentaires (IRM, scanner, PEA, Impédancemétrie, Tympanométrie) :

Autres gênes fonctionnelles :

- Acouphènes :
- Equilibre :
- Vertiges :

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

Nom et adresse du médecin ayant établi ce document :

Date	Signature de l'ORL	Cachet de l'ORL

RENSEIGNEMENTS APPAREILLAGE

Ce document est à remplir par un audioprothésiste

Type d'appareillage – Marque - Type d'embouts :

Oreille droite :

Oreille gauche :

Fonction T :

Oreille D

Oreille G

La fonction T est-elle activée ? Oui

Non

Programmes supplémentaires ?

Si oui lesquels :

Fonctionnalités Bluetooth ? (accessoires ou application smartphone ?)

Oui

Non

Date du dernier contrôle :

Copie du gain prothétique :

Nombre de RDV de suivi :

Nom et adresse de l'audioprothésiste ayant établi ce document :

Date	Signature de l'audioprothésiste	Cachet de l'audioprothésiste

DOCUMENTS A FOURNIR

Afin de pouvoir faciliter votre admission, veuillez nous faire parvenir les documents suivants :

- Une photocopie de votre carte vitale ou de votre attestation de carte vitale.
- Une photocopie de votre carte mutuelle
- Cas particulier : un justificatif attestant :
 - si vous avez une reconnaissance d'affection longue durée (ALD) avec une prise en charge à 100%
 - Si vous avez d'une couverture médicale universelle (CMU)
 - si vous bénéficiez de l'aide médicale d'état (AME)

Pour toute question, vous pouvez contacter le secrétariat : 01 53 90 64 48 ou par mail à

reeducateurs-da.hsmp@idf.vyv3.fr // secretariat-ds.hsmp@idf.vyv3.fr