

# Hôpital Sainte-Marie Paris

HÔPITAL DE SOINS DE SUITE  
ET DE RÉADAPTATION

GROUPE **vyv**

## Service de rééducation et de réadaptation des Déficiences Sensorielles

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

Hôpital Sainte-Marie Paris  
Service de rééducation et de réadaptation des Déficiences Sensorielles  
167-185, rue Raymond Losserand  
75014 Paris

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

[secretariat-ds.hsmp@vyv3.fr](mailto:secretariat-ds.hsmp@vyv3.fr)

## Dossier de demande d'ADMISSION

### Service déficience auditive

#### **Renseignements administratifs :**

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Sexe : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Par quel moyen souhaitez-vous être contacté :  Téléphone  Mail

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 |
|------|---------------------------------|------------------------------|
|      |                                 |                              |

|                            |
|----------------------------|
| <b>DOCUMENTS A FOURNIR</b> |
|----------------------------|

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

[secretariat-ds.hsmp@vyv3.fr](mailto:secretariat-ds.hsmp@vyv3.fr)