

**SERVICE DE REEDUCATION ET DE READAPTATION DES DEFICIENCES
SENSORIELLES**

Afin que nous puissions étudier votre demande, veuillez nous renvoyer le dossier rempli et complété à l'adresse suivante :

Hôpital Sainte-Marie Paris
Service de déficience sensorielle
167, rue Raymond Losserand
75014 PARIS

ou par mail à : secretariat-ds.hsmp@vyv3.fr

- Notre document intitulé « **dossier de pré-admission** » complété par vos soins.
- Notre document intitulé « **renseignements médicaux** » à compléter par votre médecin généraliste, daté, signé et tamponné.
- Notre document intitulé « **renseignements ophtalmologiques** » à compléter par votre médecin ophtalmologiste, daté, signé et tamponné (**consultation datant de moins de 6 mois**).
- **Une photocopie du volet 3 du protocole de soins que le médecin traitant vous a transmis après accord définitif de la mise à 100%, ou demander une photocopie au médecin traitant qui a rempli le protocole.**
- Une photocopie de votre carte mutuelle.
- Une copie de votre pièce d'identité.
- Une photocopie de votre attestation de carte vitale à jour (nous vous conseillons de vous rendre auprès de votre caisse d'assurance maladie afin d'effectuer la mise à jour).

ou

- Une photocopie de l'attestation AME (Aide Médicale d'État) à jour, s'il y a lieu.

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.

DOSSIER DE PRE-ADMISSION - 1 ^{er} séjour

Nom d'usage :

Prénom :

Nom de naissance :

Genre : Féminin

Masculin

Date de naissance :

Age :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone personnel :

Téléphone et nom d'un contact si nous rencontrons des difficultés à vous joindre :

Courriel :

Personne à prévenir et lien de parenté (**obligatoire**) :

Personne de confiance et lien de parenté (**facultatif**) :

Coordonnées de votre médecin généraliste traitant :

Quel est votre régime de sécurité sociale ?

Général CSS AME Date de validité :

Avez-vous une mutuelle ? Si oui, laquelle :

Avez-vous un dossier MDPH ? Si oui, numéro de dossier :

Bénéficiez-vous d'un suivi social ?

Si oui, nom et coordonnées de votre assistance sociale :

Bénéficiez-vous d'une protection juridique ? Oui Non

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

Par qui avez-vous connu le service ?

MODE DE VIE

▪ Situation familiale :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

▪ Vivez-vous :

Seul(e) En famille En structure collective

Composition de la famille et pour chacun des membres, âge, profession ou activité :

▪ Situation professionnelle actuelle

En cours d'activité Profession :Formation professionnelle Étudiant(e) Retraité(e) Autre

VIE QUOTIDIENNE

Depuis quand êtes-vous gêné(e) par votre déficience visuelle ?

Conservez-vous des possibilités visuelles, même réduites ?

Dans quels domaines ou circonstances, êtes-vous gêné(e) actuellement ?

- Déplacements

Si gêne ressentie, précisez :

- Tâches ménagères

Si gêne ressentie, précisez :

- Courses

Si gêne ressentie, précisez :

- Lecture

Si gêne ressentie, précisez :

- Gestion administrative

Si gêne ressentie, précisez :

- Utilisation des outils numériques (téléphones, ordinateur...)

Si gêne ressentie, précisez :

- Loisirs (culturels, sportifs...)

Si gêne ressentie, précisez :

- Vie professionnelle

Si gêne ressentie, précisez :

Avez-vous déjà réalisé une rééducation dans le domaine de la déficience visuelle ? Si oui, dans quelle structure et combien de temps ?

Qu'attendez-vous de cette rééducation ?

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**Ce document est à remplir par votre médecin généraliste**

Nom :

Prénom :

Age :

Pathologie active :**Antécédents :**

Personnels :

Familiaux :

(Merci de joindre au dossier une copie des courriers médicaux ou bilans récents : courrier cardiologique, bilan neuropsychologique ...)

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OPHTALMOLOGIQUES Ce document est à remplir par un médecin ophtalmologiste

Nom :

Prénom :

Age :

Pathologie responsable de la malvoyance (indispensable pour le traitement du dossier) :Histoire de la maladie ophtalmologique :Traitement ophtalmologique :Correction optique : Œil Droit :

Œil Gauche :

Correction optique datant du : / /

Acuité visuelle :

De loin avec correction : Œil Droit :

Œil Gauche :

De près avec correction (à 40 cm) : Œil Droit :

Œil Gauche :

Champ visuel (à joindre impérativement) :

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Scotome central | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Rétrécissement | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Vision tubulaire | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Amputation | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Vision anormale des couleurs | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Sensibilité anormale aux faibles contrastes | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Autres signes cliniques : (à préciser)

- | | | | | |
|-------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Nystagmus | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Diplopie | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Photophobie | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |
| Héméralopie | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> |

Le dossier sera pris en compte uniquement si les informations ci-dessus sont consignées et si le dernier CV et OCT interprétés sont fournis.

A..... Le.....

Signature :

Cachet :