

**HOPITAL DE JOUR BAUDIN
DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN READAPTATION VISUELLE**

VOLET 1

A REMPLIR PAR L'INTERESSE

Date d'envoi :

Date de réception :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Sexe : Féminin Masculin

NOM :

Nom de jeune fille :

PRENOM (s) :

Date de naissance : **Lieu :**

Adresse de résidence :
.....

Tel fixe :

Tel portable :

Email :

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car
tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

COUVERTURE SOCIALE

N° Sécurité Sociale :

Caisse de sécurité sociale :

Prise en charge 100% au regard de votre pathologie visuelle :

OUI NON

Mutuelle:

SITUATION PROFESSIONNELLE

Actif, profession :

Demandeur d'emploi

Préretraité(e) ou Retraité(e). Profession :

En invalidité

Maladie Longue Durée

Mi-temps / temps partiel thérapeutique

Etudiant(e)

Autre :

Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

SITUATION FAMILIALE

- Marié(e) Séparé (e)
 Pacsé(e) Divorcé(e)
 En concubinage Veuf (ve)
 Célibataire

Avez-vous des enfants ? Oui Non

Avez-vous des personnes à charge ? Oui Non

PROTECTION JURIDIQUE

Vous êtes :

Mineur

**Nom et adresse des personnes exerçant
l'autorité parentale :**

.....
.....

Sous tutelle

Nom et coordonnées du tuteur/ curateur :

.....
.....

Sous curatelle

.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN GENERALISTE : Dr

Adresse :

MEDECIN OPHTALMOLOGISTE : DR

Adresse :

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car
tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME :

NOM Prénom :

Lien de parenté.....

Adresse :

Tel fixe :

Tel portable :

RENSEIGNEMENTS SUR LA READAPTATION VISUELLE A BAUDIN

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ACTIVITE DE READAPTATION
VISUELLE DE L'HOPITAL DE JOUR ?**

Par les professionnels de santé :

Ophthalmologiste,

Orthoptiste,

Opticiens,

Médecin Traitant

Autre : précisez

Par d'autres professionnels :

Médias (journaux, radio, télévision)

Association

Ami(s)

Autre : précisez

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car
tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

Préciser vos difficultés au quotidien :

A la maison (cuisine, linge, entretien, jardinage, informatique, paiements, téléphonie...) :

.....
.....
.....

Dans vos déplacements (intérieurs, extérieurs, transports en commun, achats) :.....

.....
.....
.....

DATE

SIGNATURE

DOCUMENTS A JOINDRE

- Attestation de prise en charge de sécurité sociale**
- Carte de mutuelle**
- Pièce d'identité**
- Ordonnance traitement personnel**

RETOURNER LE DOSSIER COMPLET

Volet 1 + Volet 2 + Volet 3 + documents ci-dessus

Hôpital de jour Baudin

Service de Réadaptation Visuelle

A l'attention du Médecin M.P.R.

14, rue André Messager

87 000 LIMOGES

Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

VOLET 2 - A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :
Date de naissance :
Tel :
Adresse :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour chaque case cochée, préciser les antécédents ou la pathologie :

- Trouble moteur :
- Trouble de l'équilibre :
- Trouble de l'audition :
- Trouble neurologique (moteur, sensoriel) :
- Trouble cognitif :
- Trouble cardiovasculaire :
- Trouble psychiatrique :

Traitement actuel : **joindre le double de l'ordonnance.**

Poids : Taille : VACCIN à jour : Oui Non

Le patient est-il en ALD ? Oui Non

Si oui, peut-on savoir pour quelle(s) pathologie(s) (ophtalmologique ou autre ...) ?

.....
.....

Date :

Signature

CACHET DU MEDECIN

Document à retourner sous pli confidentiel à :

Hôpital de jour Baudin - Service de Réadaptation Visuelle

A l'attention du Médecin M.P.R.

14, rue André Messenger

87 000 LIMOGES

Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

VOLET 3 - A REMPLIR PAR LE MEDECIN OPHTALMOLOGISTE

NOM : Prénom :
Date de naissance :
Tel :
Adresse :

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES

I. Diagnostic ophtalmologique

Diagnostic principal :

.....
.....
.....
- Date d'apparition de l'affection :
- Evolution :
.....

Pathologie(s) associée(s) :

.....
.....

II. Traitements

Traitements antérieurs (chirurgie, laser, médicamenteux...):

.....
.....
.....

Traitements actuels (chirurgie, laser, médicamenteux...):

.....
.....
.....

Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.

III. Bilan ophtalmologique le plus récent

Acuité visuelle :

	Œil droit		Œil gauche	
	Sans correction	Avec	Sans correction	Avec
Loin				
Près				

Champ visuel : S'il a été réalisé, merci de joindre une copie du dernier examen.

Tonusoculaire : OD OG

Verres portés :

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Près/Addition		

Merci de joindre si possible les photocopies des examens complémentaires selon le diagnostic : les champs visuels E.R.G., P.E.V., les dernières angiographies, les comptes rendus de scanner, autres....

Date :

Signature

CACHET DU MEDECIN

Document à retourner sous pli confidentiel à :

Hôpital de jour Baudin - Service de Réadaptation Visuelle

A l'attention du Médecin ophtalmologiste

14, rue André Messenger

87 000 LIMOGES

Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.