

DOSSIER D'INCLUSION DANS LE RESEAU AIR+R

Fiche 1 : Fiche d'Identité du Patient

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___

Courriel : _____@_____

Personne à prévenir :

Nom Prénom : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___

Coordonnées de votre dernier centre de réhabilitation : _____

Réhabilitation en ambulatoire ou chez un kiné (combien de séances par semaine, quelles activités réalisées) :

Réseau Languedoc-Roussillon de Post-Réhabilitation Respiratoire

Coordonnées de vos professionnels de santé :

- Médecin Traitant : Dr _____

- Pneumologue : Dr _____

- Cardiologue : Dr _____

- Kinésithérapeute : Mr/Mme _____

- Autres professionnels de santé : _____

Prestataire de Service : _____

Téléphone : ___/___/___/___/___ Matériels utilisés : _____

Oxygénothérapie :

Nbre d'heure par jour : _____ Litrage de repos : _____ Litrage de déambulation : _____

Traitement : (copie de votre ordonnance)

Allergies :

Fiche 2 : Fiche de Situation

N° de sécurité sociale : _____

Régime d'affiliation : **Général** **Agricole** **Indépendant** **CMU** Autres : _____

Bénéficiez-vous de l'ALD (Affection longue durée) ? OUI NON

Qui êtes vous ?

Homme Femme Date de naissance : ____/____/____

Taille : _____ Poids : _____

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Vie maritale (concubinage)

Comment vivez-vous ?

Seul(e) : **OUI** **NON**

Votre habitat est-il adapté à votre état ? **OUI** **NON**

Ressources mensuelles du foyer (€) : ≤ 500 ≤ 1000 ≤ 1500 ≥ 1500

Bénéficiez-vous de l'Aide à domicile ? **OUI** **NON**

Aides préexistantes

Aidants naturels et bénévoles

Aide à domicile et auxiliaire de vie

Garde de jour de nuit

Portage des repas

Aides techniques

Télé sécurité

Aménagement de l'habitat

Coût mensuel total _____ € à votre charge _____ €

Pathologies respiratoires :

BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive)

Emphysème

Dilatation des Bronches

Asthme

SAS (Syndrome d'Apnée du Sommeil)

Déformation du Thorax

Cancer du poumon

Silicose

Fibrose pulmonaire

Autres : _____

Année de diagnostic de la maladie respiratoire primaire : _____

Année du début du suivi médical continu : _____

Autres pathologies :

Diabète (Quel type?)

Ostéoporose

Problèmes cardiaques (A préciser) : _____

Hypertension artérielle

Cancer (A préciser) : _____

Autres : _____

Rapport au tabac ?

Fumeur (Je fume toujours à ce jour)

Ex fumeur (J'ai arrêté de fumer)

Non Fumeur (Je n'ai jamais fumé)

Si fumeur ou ex-fumeur

Nombre de cigarettes/jour : _____

Nombre d'année de tabagisme : _____

Si arrêt du tabagisme,

Date du sevrage : _____

Aide à l'arrêt : OUI NON Si oui, laquelle : _____

Si Non fumeur

Exposition au tabagisme passif : OUI NON

Si oui, Nombre heures/jour _____ Familial professionnel

Exposition à d'autres substances toxiques OUI NON

Laquelle : _____ Nombre heures/jour : _____



Fiche 3 : Charte du Patient

Charte Du Patient

Document d'information, de consentement et

Le réseau AIR+R a pour but la prise en charge et l'orientation des soins du malade chronique à dominante respiratoire et l'optimisation du parcours de soins, par la pérennisation des bienfaits de la réhabilitation au long cours, afin de : Réduire le nombre d'hospitalisations et leur durée,

- Diminuer la dépendance aux médicaments et la vulnérabilité aux autres maladies
- Rendre plus autonome
- Rompre l'isolement

Le programme est composé des activités suivantes :

- ✓ Une séance par semaine d'Activités Physiques Adaptées (APA) (endurance – équilibre – renforcement musculaire) dispensée par un enseignant en A P A (EAPA)
- ✓ Une Marche par mois encadrée par un EAPA
- ✓ Deux journées par an d'enseignement thérapeutique, dispensées par des professionnels de santé et du médico-social
- ✓ Trois groupes de parole par an, animés par un psychologue
- ✓ Des activités conviviales mises en œuvre par les associations de patients

Le parcours de réhabilitation et la coordination des soins sont déterminés dans le cadre d'un Comité Local de Coordination (CLC), en liaison étroite avec les médecins, généraliste, spécialistes et les autres professionnels de santé du patient (kinésithérapeute, infirmière, enseignant en activités physiques adaptées...). Celui-ci permet de valider votre dossier d'inclusion et de suivi.

Le CLC établit une fois par an, permet de mettre en œuvre un bilan éducatif, un parcours personnalisé et des évaluations régulières afin d'affiner en cas de besoin le programme. Vous pourrez inscrire ce bilan dans votre livret personnel, dit « **Livr'Air** » qui vous sera fourni dès finalisation de votre inclusion auprès des coordinatrices du réseau.

POUR CELA, JE SOUSSIGNE _____ M'ENGAGE

A donner tout élément permettant d'établir un bilan initial (évaluations physiques et bilan éducatif partagé) sur la base d'informations médicales, sociales et fonctionnelles.

A faire viser par mon médecin prescripteur (médecin traitant et ou médecin spécialiste) toutes modifications concernant mes pathologies, mon traitement médical, mes séjours en centre de réhabilitation ou hospitalier ou toute information nécessaire à mon suivi à l'aide du « carnet d'évaluation et de suivi » présent dans le **Livr'Air** (document distribué après votre inclusion).

J'accepte également que les éléments d'évolution de mon parcours de santé soient communiqués régulièrement à mes professionnels de santé (médecin prescripteur et/ou médecin traitant, pneumologue, kinésithérapeute, centre de réhabilitation, prestataire de service) et que ces éléments soient intégrés ultérieurement dans le futur dossier médical personnalisé.

Je m'engage à **respecter le parcours de santé défini et à signifier mes absences prolongées**, (hospitalisation, exacerbation, problèmes de santé divers ou personnels...)

Je suis libre d'interrompre à tout moment ma participation au réseau et au parcours de santé défini.

Fiche 4 : Prescription Médicale de Réentraînement à l'effort

Cette prescription doit être renouvelée une fois par an



Réseau Languedoc-Roussillon de Post-Réhabilitation Respiratoire

Situation de votre patient : Mr/Mme _____

PATHOLOGIE PRIMAIRE :

RESPIRATOIRE	Asthme	BPCO	Cancer du poumon
	Dilatation des bronches	Emphysème	Fibrose pulmonaire
	Silicose	Syndrome Apnée du sommeil	Autres :

CARDIOVASCULAIRE	Angine de poitrine	Artérite	Hypertension artérielle
	Arythmie	Autre :	

METABOLIQUE	Diabète	Obésité	Dénutrition
	Autres :		

AUTRES : _____

COMORBIDITES :

RESPIRATOIRE : _____

CARDIOVASCULAIRE : _____

METABOLIQUE : _____

AUTRES : _____

PRESCRIPTION : Séances de Réentraînement à l'effort (2 à 4h par semaine) et Marche régulière (1 à 2 marches par mois) encadrées par un Enseignant en Activités Physiques Adaptées et sous la supervision des instances médicales du réseau AIR+R.

VALEUR A TRANSMETTRE :

FC seuil :	VEMS :	Autres :
------------	--------	----------

TRAITEMENT ET ALLERGIES

Allergies :	Traitements (copie ordonnance) :
-------------	----------------------------------

APPAREILLAGE :

Assistance respiratoire	Oxygénothérapie	Pression Positive continue
	Ventilation non invasive	Autre :
Cardiovasculaire	Simulateur cardiaque	Autre :
Métabolique	Lecteur de glycémie	Pompe à insuline
	Autre :	

Date de la prescription : ... / .. /20...

Tampon et Signature du
Médecin Spécialiste

OU

Tampon et Signature du
Médecin Généraliste

Merci de nous communiquer votre adresse mail afin de vous envoyer les bilans de vos patients :

.....@.....