



**Tel : 02.62.71.72.70**

**Rendez-vous le :**

**à :**

Madame, Monsieur, Cher (Chère) Docteur,

En vue de votre admission ou de celle de votre patient au centre de rééducation sensorielle HORUS pour une évaluation et rééducation si nécessaire, merci de nous retourner le présent dossier de préadmission par mail à l'adresse : [accueil@horus.re](mailto:accueil@horus.re)

Notre secrétariat vous recontactera dans les plus brefs délais afin de vous communiquer la date de rendez-vous.

Par ailleurs, afin de nous permettre de préparer votre admission, il nous serait nécessaire d'obtenir de votre part :

- les pages 1 à 3 du dossier joint dûment complétées,
- la page 4 du dossier complétée par votre médecin traitant,
- la page 5 du dossier complétée par votre médecin spécialiste (ORL) traitant ou vous-même.

L'ensemble du dossier devra être apporté au secrétariat lors de votre premier rendez-vous, accompagné des pièces suivantes :

- justificatif d'identité (carte d'identité ou passeport),
- carte vitale,
- carte mutuelle,
- justificatifs de paiement des prestations sociales (CAF ou autres),
- justificatifs d'aide MDPH (si prestations),
- prescription médicale,
- derniers bilans sanguins et compte-rendu d'hospitalisation ou de rééducation.

Si vous rencontrez des difficultés pour compléter ce dossier, nous nous tenons à votre entière disposition pour vous aider.

Nous vous remercions d'avoir choisi le Centre HORUS.

L'équipe du Centre HORUS

# DOSSIER DE PREADMISSION TROUBLES AUDITIFS

Première admission     Suivi post rééducatif    Date d'admission :

## FICHE D'IDENTITE

<b>Nom</b>		Photo d'identité	
<b>Nom de naissance</b>			
<b>Prénoms</b>			
<b>Date de naissance</b>			
<b>Lieu de naissance</b>			
<b>Nationalité</b>			
<b>Situation familiale :</b>			
<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> pacsé(e)	<input type="checkbox"/> divorcé(e)	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
<input type="checkbox"/> marié(e)	<input type="checkbox"/> vie en couple	<input type="checkbox"/> séparé(e)	
<b>Nombre d'enfants :</b> dont à charge :			
<b>Adresse</b>			
<b>Code postal</b>	<b>Ville</b>		
<b>Téléphones</b>			

## PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

<b>Nom / Prénom</b>	
<b>Lien de parenté</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Téléphones</b>	

### Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

### Médecin ORL traitant :

Nom :

Adresse :

### Par qui avez-vous été orienté(e) vers le centre HORUS ?

Médecin adresseur :

Établissement :

Adresse :

NOM, prénom, date de naissance :

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

### SITUATION PROFESSIONNELLE

- salarié                                       travailleur indépendant     demandeur d'emploi  
 retraité                                       bénéficiaire d'une pension d'invalidité  
 autre, à préciser (étudiant, congé parental, RSA, AAH,...) : \_\_\_\_\_

### ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE \*

Nom et département de la caisse		
N° de sécurité sociale		
ALD liste	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	valable jusqu'au :
ALD hors liste	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	valable jusqu'au :
Exonéré	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	valable jusqu'au :
FNS minimum vieillesse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	valable jusqu'au :

**\* Présenter OBLIGATOIREMENT la carte vitale à l'admission.**

### COMPLEMENTAIRE SANTE (MUTUELLE) \*

Nom et département de la caisse		
N° d'adhérent		valable jusqu'au :
CMU complémentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	valable jusqu'au :

**\* Joindre OBLIGATOIREMENT la photocopie de la carte mutuelle**

### CAISSE DE RETRAITE OBLIGATOIRE

Nom et département de la caisse	
---------------------------------	--

### CAISSES DE RETRAITES COMPLEMENTAIRES

Nom et département des caisses	
--------------------------------	--

### ORGANISMES PAYEURS DE PRESTATIONS SOCIALES \*

Organisme payeur	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____
N° allocataire	
Prestations perçues	

**\* Joindre OBLIGATOIREMENT les justificatifs.**

NOM, prénom, date de naissance :

## RENSEIGNEMENTS SOCIAUX

### PRESTATIONS ET AIDES

Avez-vous déjà formulé une demande d'aide auprès de la MDPH ?  oui  non

**Si oui**, de quelles prestations bénéficiez-vous \* ?

Carte d'invalidité

Carte mobilité inclusion

**PCH**

(Prestation de Compensation du Handicap)

**AAH**

(Allocation pour les Adultes Handicapés)

**RQTH**

(Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)

Orientation vers un établissement ou un service médico-social

*\* Joindre les justificatifs.*

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection juridique des majeurs (tutelle ou curatelle) ?  oui  non

**Si oui**, veuillez nous indiquer les **coordonnées complètes** de l'organisme et de la personne assurant le suivi :

Bénéficiez-vous d'un suivi psychologique ?  oui  non

**Si oui**, veuillez nous indiquer les **coordonnées complètes** du professionnel assurant le suivi :

### LOGEMENT

Êtes-vous ?  propriétaire  
 locataire  
 hébergé  
 autre, précisez : \_\_\_\_\_

Composition du foyer  seul  
 avec, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous des questions particulières par rapport à la prise en charge ?

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Cette fiche est à faire compléter par votre médecin traitant

NOM, prénom, date de naissance du patient :

Pathologie ORL motivant la demande :

Antécédents médicaux et chirurgicaux autre qu'auditifs :

Allergie(s) :

Handicap(s) autre(s) qu'auditifs :

- Le patient présente une contre-indication médicale à la pratique de séances d'activité physique adaptée
- Le patient ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de séances d'activité physique adaptée

Problèmes médicaux actuels (à la différence des antécédents ci-dessus) autres qu'auditifs \* :

*\* Joindre les dernières analyses de laboratoire, les résultats d'examens ORL, ...*

**Nécessité d'une prise en charge par un médecin spécialiste ? Si oui, de quelle spécialité ?**  
*Dans ce cas, joindre un courrier du spécialiste ou un résumé du dossier (dernier compte-rendu de consultation spécialisée).*

**Nécessité de suivre un régime alimentaire médical ?**

oui  non

*Si oui, joindre les documents médicaux*

Traitement(s) suivi(s) actuellement \* :

*\* Joindre les ordonnances et le dernier bilan biologique réalisé*

ALD 30 (liste)       ALD hors liste

*Pour quelle pathologie ? .....*

Si votre patient bénéficie d'une exonération du ticket modérateur, merci de préciser si elle est en rapport avec son problème visuel ou auditif \* :

*\* Joindre le protocole de soins*

Date

Cachet avec coordonnées complètes

Signature du médecin

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ORL

Cette fiche est à faire compléter par votre ORL traitant ou vous-même

NOM, prénom, date de naissance du patient :

## ANTECEDENTS ORL

Chirurgie ORL :  oui  non

Si oui, date et type de chirurgie :

## EXAMEN OTOLOGIQUE

- Otoscopie :  tympan normaux  
Sinon type de tympan : .....
- Surdité :  oui  non  
Préciser le type : .....
- Appareillage auditif :  oui  non  
Nom audioprothésiste : .....
- Acouphènes :  oui  non  
Côté :  droit  gauche
- Hyperacousie :  oui  non  
Côté :  droit  gauche
- Vertiges :  oui  non  
Nom du kinésithérapeute vestibulaire : .....

## BILAN CLINIQUE GENERAL

Préciser les antécédents de :

- Rééducation orthoptique :  oui  non
- Migraine :  oui  non
- Cervicalgies :  oui  non
- Traitement orthodontique / serrage des mâchoires / bruxisme :  oui  non

## BILAN(S) COMPLEMENTAIRE(S) ORL DEJA REALISE(S)

AUDIOMETRIE TONALE COMPLETE CONDUCTION AERIENNE ET OSSEUSE

**OBLIGATOIRE** (joindre le résultat)

Préciser pour les autres examens si réalisés ou pas et joindre le résultat :

- Tympanométrie :  oui normale  non réalisée  autre
- Audiométrie tonale réalisée :  oui  non
- Conduction osseuse :  oui  non
- Audiométrie vocale :  oui  non
- Bilan vestibulaire :  oui  non
- VHIT :  oui  non
- Cône beau TDM des rochers :  oui  non
- IRM cérébrale et oreilles :  oui  non

Date

Cachet ORL avec coordonnées complètes

Signature du médecin ORL