



Tel : 02.62.71.72.70

Adresse : 4bis Boulevard de Verdun,
97420 Le Port (2^{ème} étage).

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.mssante.re** (adresse médecin) ou par courrier postal : 4bis boulevard de Verdun CS61222 97829 Le Port Cedex, ou à déposer sur place.

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

L'offre de soins du centre Horus se présente de la façon suivante :

- ✓ **Hospitalisation de jour** : séances de rééducation prévues par demi-journées.
- ✓ **Hospitalisation de semaine** : séances de rééducation prévues en séjour de rééducation de semaine du lundi au vendredi inclus. Retour à domicile le week-end. Séjour renouvelable de 2 à 6 semaines.

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 complété par votre médecin traitant,

L'ensemble du dossier devra être 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/spécialiste** 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

BASSE VISION / TROUBLES AUDITIFS

Première admission Suivi post rééducatif Date d'admission :

Souhait de mode de prise en charge : Hospitalisation de jour Hospitalisation complète

FICHE D'IDENTITE

Nom	
Nom de naissance	
Prénoms	
Mail	@

Date de naissance	
Lieu de naissance	
Nationalité	

Situation familiale :

Célibataire Pacsé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 Marié(e) Vie en couple Séparé(e)

Nombre d'enfants :		Dont à charge :	
--------------------	--	-----------------	--

Adresse			
Code postal		Ville	
Téléphones			

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (obligatoire)

Nom / Prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphones	

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Médecin(s) spécialiste(s) : *(ophtalmologue, cardiologue, neurologue, endocrinologue)*

Nom :

Adresse :

Nom :

Adresse :

Nom :

Adresse :

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

Oui non

valable jusqu'au :

ALD hors liste

Oui non

valable jusqu'au :

Exonéré

Oui non

valable jusqu'au :

FNS minimum

Oui non

valable jusqu'au :

vieillesse

** 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

Oui 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

CAF

MSA

autre, précisez :

N° allocataire

Prestations perçues

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

Nous vous remercions de joindre une ordonnance du traitement à jour accompagnée, le cas échéant, des comptes rendus de médecins spécialistes.

NOM, prénom, date de naissance du patient :

Motif(s) de la demande :

Antécédents médicaux et chirurgicaux autre que visuels :

Allergie(s) :

Handicap(s) autre(s) que visuels :

- 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 que visuels :

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

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*

Date :

Cachet avec coordonnées complètes

Signature du médecin

Les dossiers incomplets ne seront pas présentés en commission de préadmission.