

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SMR FIDEV



Déficiência visuelle



Madame, Monsieur,

Afin que nous puissions vérifier votre admissibilité et que le secrétariat médical vous fixe un premier rendez-vous, merci de renvoyer **le plus rapidement possible** (*sous maximum 6 mois*) les documents médicaux et administratifs mentionnés ci-dessous :

- La **fiche de renseignements ophtalmologiques** ci-jointe à faire remplir par votre ophtalmologiste traitant et **le dernier champ visuel**.
- La **fiche de renseignements médicaux** ci-jointe à faire remplir par votre médecin traitant.
- **La charte d'engagement du patient signée avec la mention « lu et approuvé ».**
- Une photocopie des ordonnances de vos lunettes et de vos traitements en cours.
- Les derniers comptes-rendus de rééducation en orthoptie, d'hospitalisation...
- La photocopie de votre attestation de sécurité sociale à jour.
- La photocopie de votre carte de mutuelle à jour.
- La photocopie de votre pièce d'identité (passeport, carte d'identité).
- Les formulaires de désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance ainsi que les directives anticipées
- La photocopie du protocole de soin si vous êtes concerné par l'ALD.
- Si votre pathologie relève d'un accident du travail merci de fournir un justificatif

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ETUDIE

Le dossier complété est à retourner à :

FIDEV
A l'attention du Secrétariat Médical
5 place des Frères Voisin
69008 LYON

L'envoi de votre dossier complet, avec **l'ensemble des justificatifs est obligatoire** pour l'étude de votre admissibilité en rééducation.

Conformément aux évolutions réglementaires, la FIDEV doit alimenter votre Dossier Médical Partagé (DMP) et donc de ce fait y accéder. Sauf courrier de votre part que vous nous retournerez avec le dossier d'admission, vous êtes par la présente informé que la FIDEV accédera ou créera et alimentera votre DMP au cours de votre parcours de rééducation.

L'entrée du bâtiment est équipée d'une balise sonore.

Dans l'attente de vous rencontrer, nous vous adressons, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Equipe administrative
FIDEV

FICHE ADMINISTRATIVE

Nom de naissance : Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Email :

Numéro sécurité sociale :

Mutuelle :

Prise en charge en ALD (100%) : oui/non

Comment avez-vous connu la FIDEV ?

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

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection (curatelle ou tutelle) ? OUI / NON

Si oui, merci d'indiquer le nom et coordonnées de votre curateur ou tuteur :

.....

Si oui, merci de joindre la copie de votre jugement.

Vous parlez Français couramment : oui/non

Dans le cas d'une déficience auditive, l'oralisation est possible sans interprète : oui/non

En cas de NON à un de ces items :

Afin de pouvoir vous accueillir dans les meilleures conditions possibles au sein du service, si vous ne parlez pas couramment Français ou si vous n'oralisez pas, n'hésitez pas à nous contacter pour que nous puissions échanger ensemble sur la meilleure solution à vous apporter.

Quelles sont vos demandes ou vos attentes pour cette rééducation ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous joindre un courrier libre en complément pour motiver cette demande

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

Etes-vous déjà venu en rééducation à la FIDEV ? oui/non

Si oui, de quelles disciplines (orthoptie, ergothérapie, psychomotricité, locomotion,...) avez-vous bénéficié ?

.....
.....

CONTEXTE DE VIE

Veillez entourer votre réponse

Situation à domicile :

Vivez-vous seul(e) ? : oui/non

Bénéficiez-vous de l'aide de votre entourage : oui/non

Avez-vous des enfants à charge ? : oui/non ; Si oui, combien ? :

Habitez-vous près des commerces ? oui/non

Habitez-vous-en maison /en appartement ?

Devez-vous emprunter des escaliers pour atteindre votre lieu de vie ?

oui/non

Situation professionnelle :

En activité Etudiant(e)

Retraité(e) En recherche d'emploi

Autre :

Etes-vous autonome :

Pour les transferts (lever/coucher/aller aux toilettes) : oui/non

Pour la toilette/habillage : oui/non

Pour la préparation des repas : oui/non

Pour le ménage, les gestes du quotidien : oui/non

Pour les déplacements :

- A l'intérieur : oui/non

- En extérieur : oui/non

- Utilisez-vous une canne ? oui/non

- Utilisez-vous un fauteuil roulant ? oui/non

- Utilisez-vous les transports en commun ? oui/non

Chutez-vous fréquemment ?

oui/non

Vous arrive-t-il de vous heurter aux meubles /objets / personnes ?

oui/non

Actuellement, vous sentez vous ? :

- Angoissé(e) : oui /non
- Déprimé(e): oui/non
- Isolé(e) : oui /non

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES
(à remplir par votre ophtalmologiste)

Docteur Christine DUMAS
Ophtalmologiste
SMR FIDEV
5 place des Frères Voisin
69008 LYON

Monsieur ou Madame le Médecin Ophtalmologiste

Cher Confrère, Chère Consœur,

Le service Ambulatoire de rééducation pour déficients visuels de la FIDEV va recevoir votre patient pour un bilan basse vision en vue d'une rééducation fonctionnelle (Orthoptie, Ergothérapie, Locomotion...).

Afin de connaître sa situation ophtalmologique, pourriez-vous remplir la fiche de renseignements ci-jointe.

Pourriez-vous également joindre la photocopie du volet 2 du protocole de soins si votre patient(e) est en affection de longue durée, et ce qu'elle qu'en soit la maladie ?

Je vous remercie de votre collaboration et ne manquerai pas de vous tenir au courant du suivi.

Je vous adresse mes salutations confraternelles.

Docteur Christine DUMAS
Ophtalmologiste

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES
(à remplir par votre ophtalmologiste)

NOM/PRENOM DU PATIENT : M/Mme

DIAGNOSTIC DE L'AFFECTION :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

DATE D'APPARITION DES PROBLEMES VISUELS :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : oui non

ESTIMEZ VOUS QUE LA VISION SOIT :

stable susceptible d'amélioration susceptible d'aggravation

DESCRIPTION DU CHAMP VISUEL :

Joindre obligatoirement le dernier champ visuel sinon le dossier ne pourra être étudié

PIO :

FO - ANGIOGRAPHIES- OCT Joindre les derniers examens effectués

VERRES CORRECTEURS

VL OD= VL OG=

VP OD = VP OG=

ACUITE VISUELLE AVEC CORRECTION

VL OD =

VL OG=

VP OD =

VP OG=

TRAITEMENT ACTUEL :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date :

Signature du médecin :

Cachet du praticien avec coordonnées complètes

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
(à remplir par votre médecin traitant)

Docteur Amélie AGIER
Médecin généraliste
SMR FIDEV
5 place des Frères Voisin
69008 LYON

Monsieur ou Madame le Médecin traitant

Cher Confrère, Chère Consœur,

Le service Ambulatoire de Rééducation pour Déficients Visuels de la FIDEV va recevoir votre patient(e), , pour un bilan basse vision en vue d'une rééducation fonctionnelle (Orthoptie, Ergothérapeute, Locomotion...).

Afin de connaître sa situation médicale, de votre patient pourriez-vous remplir la fiche de renseignements ci-jointe.

Pourriez-vous également joindre la photocopie du volet 2 du protocole de soins si votre patient(e) est en affection de longue durée, et ce qu'elle qu'en soit la maladie ?

Je vous remercie de votre collaboration et ne manquerai pas de vous tenir au courant du suivi.

Je vous adresse mes salutations confraternelles.

Docteur Amélie AGIER
Médecin généraliste

CHARTRE D'ENGAGEMENT DU PATIENT

Hôpital de jour – SMR déficience visuelle La FIDEV

La rééducation se déroule dans nos locaux à la FIDEV : 5 place des frères voisins, 69008 LYON. Exceptionnellement des interventions à domiciles pourront vous être proposées par l'ergothérapeute ou par l'instructeur en locomotion.

Les séances de rééducation se font en individuel et durent 1H (sauf en locomotion, prévoir 1H30). Des groupes pourront vous être proposés au cours de votre parcours.

Durée et rythme du séjour :

La prise en charge au sein d'un service de Soins Médicaux et de réadaptation (SMR) en hôpital de jour est exigeante et nécessite une disponibilité soutenue sur une durée de séjour en moyenne d'un an.

Vous pourrez être amené à vous déplacer 3 à 4 fois par semaine en fonction du planning établi, selon les objectifs définis avec le médecin en visite d'admission et en évaluation avec chaque rééducateur. Les horaires d'ouverture du service sont du lundi au vendredi, de 9h à 12h et de 14h à 17h (sauf le vendredi, de 13h30 à 16h30).

Fermetures annuelles :

Notre centre est fermé 2 semaines en décembre (sur les vacances scolaires de Noël) et les 3 premières semaines d'août. Nous fermons également sur le pont de l'ascension.

Programme de rééducation :

Le planning est établi par le médecin et l'équipe pour le trimestre à venir et transmis par e-mail. Il est peut-être ajusté au cours de la période.

Les aidants pourront participer ponctuellement à certains RDV médicaux ou séances en rééducation, cette décision sera prise en accord avec le rééducateur.

Le médecin est garant du parcours de rééducation et du suivi médical du patient, le cadre de rééducation est le référent de l'organisation de la prise en charge. N'hésitez pas à vous adresser à l'un ou l'autre si vous avez des questions sur votre prise en charge ou sur le fonctionnement du SMR.

Absence et report de séances :

Pour nous permettre de programmer les différentes disciplines, nous avons besoin de connaître vos indisponibilités récurrentes majeures. Merci de les renseigner dans le tableau ci-dessous :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin					
Après-midi					

Case à cocher si aucune indisponibilité :

Indisponibilité pendant les vacances scolaires (préciser si zone A, B ou C) :

Pour rappel du livret d'accueil p 16 et 17, il est nécessaire de respecter les horaires des séances définis conjointement avec les intervenants du service. En cas d'empêchement, il est donc impératif de prévenir au moins 48 heures à l'avance. Un justificatif vous sera alors demandé. En cas de non-respect de ces règles, nous pourrions être amenés à suspendre voire arrêter le projet de rééducation.

Merci de prévenir en amont des absences impactant votre rééducation (RDV médicaux, vacances...), dès réception de votre planning ou au plus tard 2 mois avant la date de votre absence prévue. Les situations personnelles complexes nécessitant une absence longue devront faire l'objet d'un RDV avec le cadre de rééducation ou le médecin selon la situation.

Indisponibilité permanente du patient :

Il vous appartient de prévenir de tout changement dans ces indisponibilités pour ajuster la programmation en fonction des possibilités du service.

Gestion des taxis :

La gestion des taxis est de votre responsabilité, vous devrez vous assurer de la réservation de votre transport en fonction du programme qui vous sera remis. En cas d'annulation (par vous ou par le service), vous devez prévenir vous-même votre taxi.

J'ai pris connaissance de ce document et je m'engage à respecter les règles de fonctionnement du service. En cas de non-respect, la rééducation pourra être suspendue.

NOM et PRÉNOM :

DATE :

Lu et approuvé

Signature :

Personne de confiance, Personne à prévenir Quelles différences ?

La personne de confiance, la personne à prévenir interviennent de différentes manières dans la prise en charge du patient.

LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

Tout patient majeur, à l'exception du majeur sous tutelle, peut désigner une personne de confiance.

Vous ne pouvez désigner qu'une seule personne de confiance. Cette désignation se fait par écrit sur le formulaire donné dans le dossier d'admission.

Vous pouvez changer de personne de confiance à tout moment et par écrit.

QUI PEUT ETRE LA PERSONNE DE CONFIANCE ?

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

LE ROLE DE LA PERSONNE DE CONFIANCE :

La personne de confiance ne se substitue pas à vous.

Si, du fait de votre état, vous êtes incapable d'exprimer votre volonté ou de recevoir des informations concernant votre état, l'équipe médicale consultera en premier la personne de confiance.

L'avis de la personne de confiance doit refléter votre volonté et non la sienne. C'est pourquoi il est important de désigner une personne qui sera capable d'indiquer vos souhaits le moment venu.

Le témoignage de la personne de confiance ne prévaut pas sur vos directives anticipées.

Les directives anticipées indiquent vos souhaits, en fin de vie, sur les conditions de limitation ou l'arrêt de traitement, dans le cas où vous ne serez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Vous devez les formuler par écrit et vous pouvez les révoquer à tout moment. Vous pouvez aussi les indiquer à la personne de confiance.

La personne de confiance peut vous accompagner, si vous le souhaitez, dans vos démarches et lors de vos entretiens médicaux.

Si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, vous devez le signaler aux médecins et aux personnels soignants

LA PERSONNE DE CONFIANCE A-T-ELLE ACCES A MON DOSSIER MEDICAL ?

Non, la personne de confiance n'a pas accès à votre dossier médical. Elle ne pourra y avoir accès que sur procuration de votre part.

EST-CE OBLIGATOIRE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique prévoit la désignation de la personne de confiance qui doit être proposée aux patients, cette fiche sera consignée dans votre dossier médical.

Il n'est pas obligatoire de désigner une personne de confiance mais cela est recommandé notamment lorsque l'équipe médicale est amenée à prendre des décisions importantes concernant votre état.

Dans le formulaire de désignation d'une personne de confiance, il est cependant nécessaire de répondre si oui ou non vous désignez une personne de confiance.

La personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé (e) par exemple. Sa mission ne concerne que votre santé.

LA DÉSIGNATION DE LA PERSONNE A PREVENIR :

Tout patient doit désigner une ou des personnes à prévenir. Cette désignation se fait par écrit dans votre dossier d'admission.

Vous pouvez, au cours de votre rééducation, demander à changer de personne à prévenir.

LE ROLE DE LA PERSONNE A PREVENIR :

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale en cas d'événement particulier au cours de votre rééducation d'ordre organisationnel ou administratif.

Elle n'a pas accès aux informations médicales vous concernant et ne participe pas aux décisions médicales.

LA PERSONNE A PREVENIR A-T-ELLE ACCES A MON DOSSIER MEDICAL ?

La personne à prévenir n'a pas accès à votre dossier médical.

En résumé, quelles différences ?

	Personne de confiance	Personne à prévenir
Combien ?	Une	Une ou plusieurs
Désignation ?	Par écrit en remplissant le formulaire de désignation dans le dossier d'admission	Par écrit en remplissant le formulaire de désignation dans le dossier d'admission
Participation aux décisions médicales concernant le patient ?	Oui, elle peut accompagner le patient s'il le souhaite. Lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, elle est consultée pour certaines décisions médicales (son témoignage prime sur tout autre).	Non
Accès au dossier médical	Non Sauf procuration du patient	

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade
Article L 1111-6 du Code de la Santé Publique

Prévoit la désignation de la personne de confiance qui doit être proposée aux patients, cette fiche sera consignée dans votre dossier médical.

Cette désignation n'est pas obligatoire
Mais ce formulaire doit obligatoirement être complété.

Rappel : la personne de confiance a pour mission :

De vous accompagner lors de vos rendez-vous médicaux

De vous assister dans vos démarches

D'être consultée par l'équipe médicale au cas où vous ne seriez plus en état d'exprimer votre volonté concernant les soins

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE A PREVENIR
--

NOM :
PRENOM :
NE(E) LE :
ADRESSE POSTALE :
TELEPHONE FIXE : **TELEPHONE PORTABLE :**
E-MAIL :
LIEN DE PARENTE OU AUTRE :

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Nom, Prénom :

Né(e) le : A :

Adresse postale :

.....

 NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour.

Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer l'établissement par écrit, en remplissant une fiche de désignation.

 SOUHAITE DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE

Préciser la nature des relations (exemple : mon mari, ami, épouse, père, médecin, etc...) :

Nom, Prénom :

Né(e) le : A :

Téléphone : Portable :

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette personne à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement.

Date : A :

Signature du patient : Signature de la personne de confiance :

Les directives anticipées

Article L.1111-11 du code de la santé publique.

En tant que personne majeure, vous pouvez rédiger des directives anticipées. Elles sont l'expression écrite de votre volonté. Cette démarche reste volontaire.

Vous pouvez y préciser les conditions de poursuite, de limitation, d'arrêt ou de refus de traitement ou d'actes médicaux, dont vous souhaiteriez bénéficier ou non, en cas d'incapacité de vous exprimer.

Si vous avez déjà écrit des directives anticipées, pensez à avertir votre personne de confiance, votre médecin traitant et les professionnels, qui vous prennent en charge. Vos directives anticipées seront intégrées dans votre dossier patient informatisé. Elles peuvent être modifiées ou annulées à tout moment.

Merci de renseigner les deux questions suivantes :

Toute personne majeure peut rédiger ses **directives anticipées (DA)** : instructions écrites qui permettent à toute personne majeure d'exprimer « *sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux* », « *pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté* »

« Ces directives anticipées s'imposent au médecin ».

-Avez-vous rédigé des directives anticipées ?

Oui Non

Si oui, merci de nous transmettre une copie pour que nous puissions l'insérer à votre dossier médical.

-Souhaitez-vous rédiger des directives anticipées ou obtenir des informations sur les directives anticipées ?

Oui Non

Si oui, vous pouvez vous rapprocher de votre médecin traitant ou solliciter le médecin du service pour vous informer de la démarche (des informations écrites sur les directives anticipées sont disponibles auprès des secrétaires médicales).