

**IDENTIFICATION DU PATIENT DANS LE CADRE D’UNE PRESCRIPTION**

**DE READAPTATION A DOMICILE**

*FormAction Santé Tél. 03 20 22 04 69 Fax.03 20 92 83 22* ***contact@formactionsante.com***

**Centre Hospitalier /Cabinet : …………………………………………………………………………………...**

**Médecin prescripteur :………………………………………. Tél. : ……………………………………**

**Art51 RR TéléDom [ ]  OUI**

**Patients appareillés [ ]  OUI [ ]  NON Prestataire**:…………………………….......

**Traitement(s) :** …………………………….. O2 VNI PPC AUTRE……………..

**Nom :** ...………………………………......... **Prénom**:....................................................

**Nom de jeune fille**:................................... **Date de naissance :** ................................

**Sexe : H / F**

**Téléphone fixe**:......................................... **Téléphone portable**:.................................

**Stage demandé :**  [ ]  8 semaines [ ]  4 semaines

**Adresse** :

 …………………

 …………………

 …………………

 …………………

**Remarque(s)**: …………………

 …………………

 …………………

 …………………

***ATTENTION MERCI DE NOUS ADRESSER L’ORDONNANCE AVEC CETTE FICHE***

***AINSI QUE DES PRECEDENTS COURRIERS (pas obligatoirement LE dernier)***

*Fiche disponible sur notre site internet www.formactionsante.com*

ZA du Bois Rue de Pietralunga 59840 PERENCHIES 2024/04

Nom du patient :

Nom du médecin :

Je soussigné, certifie que M………………………………………………………….. peut bénéficier d’un **stage de réadaptation respiratoire avec réentrainement à l’effort personnalisé, ETP et accompagnement psychosocial et motivationnel, à domicile, par l’équipe de FormAction Santé, 1 visite/semaine** selon les modalités suivantes :

Durée du stage :

**[ ]  8 semaines** (Réentrainement à l’effort global et/ou Electrostimulation et ETP)

**[ ]  4 semaines** (Transfert à domicile des acquis d’un stage en centre et/ou

préparation à la chirurgie)

**[ ]** Intensité :**Fréquence cardiaque cible : ……………… ± 5 battements/minute**

Seuil de dyspnée : [x]  OUI

Modalités des Activités Physiques Adaptées :

* Réentrainement à l’effort et APA supervisés 1 fois/semaine
* En autonomie les autres jours de la semaine

Modalités de l’ETP :

* Diagnostic éducatif ou Bilan Educatif Partagé
* Axée sur les besoins du patient (et des aidants)

Accompagnement psycho social et motivationnel

* Pour un accompagnement global de la personne

Date :

Signature

2024/04