

**HOPITAL DE JOUR BAUDIN  
DOSSIER DE PRE-ADMISSION EN READAPTATION VISUELLE**

**VOLET 1**

**A REMPLIR PAR L'INTERESSE**

***Date d'envoi :***

***Date de réception :***

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Sexe :**     Féminin

Masculin

**NOM :** .....

**Nom de jeune fille :** .....

**PRENOM (s) :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu :** .....

**Adresse de résidence :** .....

.....

**Tel fixe :** .....

**Tel portable :** .....

**Email :** .....

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**SITUATION FAMILIALE**

- Marié(e)**
- Séparé (e)**
- Pacsé(e)**
- Divorcé(e)**
- En concubinage**
- Veuf (ve)**
- Célibataire**

**Avez-vous des enfants ?**       **Oui**       **Non**

**Avez-vous des personnes à charge ?**       **Oui**       **Non**

**PROTECTION JURIDIQUE**

**Vous êtes :**

**Mineur**

**Nom et adresse des personnes exerçant l'autorité parentale :**

.....  
.....

**Sous tutelle**

**Nom et coordonnées du tuteur/ curateur :**

.....  
.....

**Sous curatelle**

.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**MEDECIN GENERALISTE : Dr .....**

**Adresse : .....**

**MEDECIN OPHTALMOLOGISTE : DR .....**

**Adresse : .....**

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS DE PROBLEME :**

**NOM Prénom :** .....

**Lien de parenté**.....

**Adresse :** .....

**Tel fixe :** .....

**Tel portable :** .....

**RENSEIGNEMENTS SUR LA READAPTATION VISUELLE A BAUDIN**

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'ACTIVITE DE READAPTATION  
VISUELLE DE L'HOPITAL DE JOUR ?**

**Par les professionnels de santé :**

**Ophtalmologiste,**

**Orthoptiste,**

**Opticiens,**

**Médecin Traitant**

**Autre : précisez**

**Par d'autres professionnels :**

**Médias (journaux, radio, télévision)**

**Association**

**Ami(s)**

**Autre : précisez**

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car  
tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**SITUATION PROFESSIONNELLE**

- Actif, profession :** .....
- Demandeur d'emploi**
- Préretraité(e) ou Retraité(e). Profession :** .....
- En invalidité**
- Maladie Longue Durée**
- Mi-temps / temps partiel thérapeutique**
- Etudiant(e)**
- Autre :** .....

**A- Si vous exercez une activité professionnelle**

**Quelle est votre activité ? Un aménagement/changement de poste est-il envisagé ?**

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

**Comment sont effectués les trajets domicile-lieu de travail ?  
Quelles sont les difficultés rencontrées ?**

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

**B- Si vous n'avez pas d'activité professionnelle**

**Quel est votre parcours scolaire/professionnel ? Quel est votre projet ?**

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

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**VIE QUOTIDIENNE**

**Préciser vos difficultés au quotidien :**

**A la maison (cuisine, linge, entretien, jardinage, informatique, paiements, téléphonie...) :**

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

**Dans vos déplacements (intérieurs, extérieurs, transports en commun, achats) :**.....

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

**DATE**

**SIGNATURE**

**DOCUMENTS A JOINDRE**

- Attestation de prise en charge de sécurité sociale**
- Carte de mutuelle**
- Pièce d'identité**
- Ordonnance traitement personnel**

**RETOURNER LE DOSSIER COMPLET**

**Volet 1 + Volet 2 + Volet 3 + documents ci-dessus**

**Hôpital de jour Baudin - Service de Réadaptation Visuelle**

**A l'attention du Médecin M.P.R.**

**14, rue André Messager 87 000 LIMOGES**

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**VOLET 2 - A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Tel : .....

Adresse : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**Pour chaque case cochée, préciser les antécédents ou la pathologie :

- Trouble moteur : .....
- Trouble de l'équilibre : .....
- Trouble de l'audition : .....
- Trouble neurologique (moteur, sensoriel) : .....
- Trouble cognitif : .....
- Trouble cardiovasculaire : .....
- Trouble psychiatrique : .....

Antécédents médicaux et chirurgicaux autres :

.....

.....

.....

.....

Traitement actuel : joindre le double de l'ordonnance.Poids :                      Taille :                      VACCIN à jour : Oui       Non Le patient est-il en ALD ? Oui       Non Si oui, peut-on savoir pour quelle(s) pathologie(s) (ophtalmologique ou autre ...) ?

.....

.....

Date :

Signature

CACHET DU MEDECIN

Document à retourner sous pli confidentiel à :**Hôpital de jour Baudin - Service de Réadaptation Visuelle - A l'attention du Médecin M.P.R.****14, rue André Messenger 87 000 LIMOGES**

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

**VOLET 3 - A REMPLIR PAR LE MEDECIN OPHTALMOLOGISTE**

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Tel : .....  
Adresse : .....

**RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES**

**I. Diagnostic ophtalmologique**

Diagnostic principal :

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

- Date d'apparition de l'affection : .....

- Evolution : .....

.....

Pathologie(s) associée(s) :

.....  
.....

**II. Traitements**

Traitements antérieurs (chirurgie, laser, médicamenteux...):

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

Traitements actuels (chirurgie, laser, médicamenteux...):

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

Rééducation(s) visuelle(s) antérieure(s) : (dates, types, lieux)

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

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**

### III. Bilan ophtalmologique le plus récent

Acuité visuelle :

	Œil droit		Œil gauche	
	Sans correction	Avec	Sans correction	Avec
Loin				
Près				

Tonusoculaire :

OD

OG

Verres portés :

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Près/Addition		

#### Documents à joindre :

- les champs visuels
- OCT papillaire et maculaire
- les dernières angiographies
- les dernières rétinographies
- les comptes-rendus opératoires et courriers
- les comptes-rendus de scanner
- les résultats d'électrophysiologie
- autres documents utiles...

Date :

Signature

CACHET DU MEDECIN

#### Document à retourner sous pli confidentiel à :

Hôpital de jour Baudin - Service de Réadaptation Visuelle

A l'attention du Médecin ophtalmologiste

14, rue André Messenger

87 000 LIMOGES

**Nous vous demandons de remplir tous les items, car tout dossier incomplet ne pourra être étudié.**