

DOSSIER D'INSCRIPTION - PROGRAMME COLLECTIF FICHE D'IDENTITÉ

Éléments nécessaires pour l'inscription



- ✓ Dossier d'inscription renseigné
- ✓ Prescription médicale renseignée et signée par un médecin (traitant ou spécialiste)
- ✓ Charte du patient (selon le territoire) renseigné et signé

INFORMATIONS ET DONNÉES PATIENT

Nom : Mme Mr X

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Ville + CP :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Adresse mail :

Poids : Taille :

N° Sécurité Sociale Mutuelle

Régime d'affiliation Général Agricole Indépendant CMU Autres

Personnes à prévenir en cas d'urgence et coordonnées :

INTERVENANTS MÉDICAUX (NOMS ET ADRESSES)

PNEUMOLOGUE :

MÉDECIN GÉNÉRALISTE :

AUTRES MÉDECINS SPÉCIALISTES :

KINESITHERAPEUTE :

TRAITEMENTS *MERCI DE FOURNIR UNE COPIE DE VOTRE ORDONNANCE*

PRESTATAIRE : Matériels utilisés :

Oxygénothérapie : Nbr d'heures/ jour : Débit :

ALLERGIES : Si vous avez des allergies (importantes à signaler, merci de les préciser)

DOSSIER D'INSCRIPTION - FICHE SITUATION

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Comment avez-vous connu Occitan'air : Médecin traitant Pneumologue

Établissement de santé, lequel ?

Programme à domicile Bouche à oreille Autres

Avez-vous effectué une réhabilitation respiratoire ? Oui Non

Établissement de santé, lequel ?

Programme à domicile

Vivez vous seul(e) ? : Oui Non

Votre habitat est-il adapté ? Oui Non

Rapport au tabac : Fumeur/euse Ex-fumeur/euse Non-fumeur/euse

Pathologies respiratoires :

Autres pathologies :

Avez vous une ALD ? Oui Non

Pour toutes informations vous pouvez
contacter (selon votre lieu de vie)

Établissement
OUEST



Établissement
EST



 Téléphone : 05 61 80 29 78

 Email : contact@occitanair.fr

 Téléphone : 06 03 32 44 90

 Email : contact@occitanair.fr



PATHOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS

PATHOLOGIE PRIMAIRE :

RESPIRATOIRES : BPCO Emphysème Dilatation des bronches
 Asthme Fibrose Lobectomie SAS
 Autres

COVID LONG : *Si covid long, merci de préciser les symptômes*

Douleurs Asthénie Malaise post effort
 Dyspnée Troubles du rythme Dysautonomie
 Vertiges Autres :

FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS :

Cardiovasculaire :
Métabolique :
Autres :

DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

EVALUATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

FC SEUIL : **VEMS (%) :** **TIFFENEAU (%) :**

TRAITEMENTS ET APPAREILLAGE

Oxygénothérapie : Repos, débit Nocturne, débit
 Déambulation, débit
Appareillage : PPC VNI

Traitements : merci de fournir la dernière ordonnance

Je soussigné(e), Dr certifie avoir examiné ce jour

et lui prescrit la pratique d'Activité Physique

Adaptée, de marches et la réalisation d'un à deux Tests de Marche de 6 minutes par an.

Fait à, Le,

Cachet et signature du médecin



Occitan'air est une association engagée dans l'accompagnement, l'écoute et l'orientation des patients souffrant de maladie chronique à dominante respiratoire, avec les objectifs suivants :

- Maintenir et/ou améliorer les capacités physiques
- Favoriser le bien-être et améliorer la qualité de vie
- Créer du lien social
- Renforcer les comportements favorables à la santé

Le programme est composé des activités suivantes :

- Une séance par semaine d'Activités Physiques Adaptées (APA) (endurance – équilibre – renforcement musculaire) dispensée par un enseignant en APA (EAPA)
- Une Marche par mois encadrée par un EAPA
- 3 à 4 ateliers par an d'enseignement thérapeutique, dispensés par des professionnels de santé et du médico-social
- Trois groupes de parole ou remue-méninges par an, animés par un psychologue
- Une journée inter-associations par an pour rassembler les adhérents de toutes les associations.

Ce programme collectif de réhabilitation à long terme implique pour chaque patient :

- Une évaluation annuelle : tests physiques (test de marche, test unipodal, lever de chaise), auto-questionnaires sur la qualité de vie et la dyspnée, Bilan Educatif Partagé, et évaluation des comportements de santé,
- Un bilan de suivi annuel adressé au patient, aux professionnels et établissements de santé qu'il fréquente,
- Une individualisation de l'accompagnement selon les résultats obtenus aux évaluations.

Occitan'air assure en outre une prise en charge médico-sociale, un soutien psychologique et un accompagnement à l'arrêt du tabac.

Pour cela, je soussigne.é m'engage

À donner tout élément permettant d'établir un bilan initial (évaluations physiques et bilan éducatif partagé) sur la base d'informations médicales, sociales et fonctionnelles,

À transmettre à l'EAPA, chaque début d'année civile, la prescription médicale complétée par mon médecin traitant ou médecin spécialiste ; et mes changements d'adresse le cas échéant.

J'accepte que les éléments d'évolution de mon parcours de santé soient communiqués régulièrement à mes professionnels de santé (médecin prescripteur et/ou médecin traitant, pneumologue, cardiologue, kinésithérapeute, centre de réhabilitation, prestataire de service).

Je m'engage à respecter le parcours de santé défini et à signaler mes absences prolongées (hospitalisation, exacerbation, problèmes de santé divers ou personnels...). J'ai conscience que mon assiduité conditionne les bénéfices pour ma santé et je suis libre d'interrompre à tout moment ma participation à l'association et au parcours de santé défini.

J'accepte d'être photographié.e. dans le cadre de mon programme et que les photos soient utilisées/diffusées pour la communication et la promotion d'Occitan'air.

Date et Signature