

## 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](mailto:contact@occitanair.fr)

 Téléphone : 06 03 32 44 90

 Email : [contact@occitanair.fr](mailto: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