

DEMANDE D'ADMISSION FILIERE PARKINSON

PAGE 1/2

| **Fax** : 02 62 42 89 88 | **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr
| **E2** : admission@clinique-ylang.com

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

SEXE : ☐ H

☐ F

Médecin demandeur :

TEL :

Médecin Neurologue :

Date pré-admission / délais prévisionnel :

Prise en charge :

☐ EN INDIVIDUEL

☐ EN GROUPE

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS SUR LE PATIENT

Adresse du domicile :	Tel :
	Mail :
Personne à prévenir :	Tel :
Numéro de sécurité sociale :	Caisse :
Mutuelle :	ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Déjà acquise
	<input type="checkbox"/> Démarche En cours

INFORMATIONS

<input type="checkbox"/> En activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Non actif	<input type="checkbox"/> Retraité
<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> En couple	

HISTOIRE CLINIQUE RESUMEE

Année de diagnostic :	Hypotension orthostatique :
Maladie de PARKINSON :	<input type="checkbox"/> Suspectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Stabilisée sous traitement	
<input type="checkbox"/> Fluctuation motrices modérées	Troubles de la déglutition :
<input type="checkbox"/> Fluctuation motrices sévères	<input type="checkbox"/> Suspectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Chirurgie de neurostimulation envisagée	
Comorbidités : <input type="checkbox"/> Diabète, +/- complications :	<input type="checkbox"/> Neuropathie <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Néphropathie
Cardiaques : <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>
Autres informations cliniques importantes :	

Cadre réservé à l'administration

Staff 1 : Date : / / ☐ Suivi Ylang avec Dr.....

Réponse :

☐ Consultation avec Dr..... ☐ Demande CR et examens complémentaires

☐ Accepté → délai d'admission ☐ <1sem ☐ 2 sem ☐ 4 sem ☐ Liste d'attente

Staff 2 : Date : / /

☐ HC - N ☐ HC-L ☐ HC-G ☐ HDJ - N ☐ HDJ - L ☐ HDJ - G

DEMANDE D'ADMISSION FILIERE PARKINSON

PAGE 2/2

| **Fax** : 02 62 42 89 88

| **E1** : sec.rf@clinique-ylangylang.mssante.fr

| **E2** : admission@clinique-ylang.com

Capacité fonctionnelles	Seul(e)	Aide partielle	Aide complète	
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Communication				

Traitement en cours :

(En particulier traitement anti-parkinsonien et traitement anti-hypertenseur, traitements symptomatiques le cas échéant)

MERCI DE JOINDRE LE DOSSIER NEUROLOGIQUE : 1ere consultation (diagnostic) ET dernière consultation

Demande remplie par :

Le : / /

Signature :

Tampon du médecin :