

# DEMANDE D'ADMISSION FILIÈRE 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

TEL :

Médecin demandeur :

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"/> CSSM <input type="checkbox"/> Accident de travail
	<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 RESUMÉE

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	Troubles de la déglutition :		
<input type="checkbox"/> Fluctuation motrices modérées	<input type="checkbox"/> Suspectée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Fluctuation motrices sévères			
<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  
FILIÈRE 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
<b>Déplacements</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transferts</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Faire sa toilette</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillement</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aller aux toilettes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Communication</b>			

**Traitements en cours :**

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

MERCI DE JOINDRE LE DOSSIER NEUROLOGIQUE : 1<sup>re</sup> consultation (diagnostic) ET dernière consultation

Demande remplie par :

Le : / /

Signature :

Tampon du médecin :