



**IDENTIFICATION DU PATIENT DANS LE CADRE D'UNE PRESCRIPTION
DE READAPTATION A DOMICILE**

FormAction Santé Tél. 03 20 22 04 69 Fax.03 20 92 83 22 Mail.contact@formactionsante.com

Centre Hospitalier /Cabinet :

Médecin prescripteur :..... **Tél. :**

Art51 RR TéléDom **OUI**

Patients appareillés **OUI** **NON**

Prestataire :.....

Traitement(s) :

O2 VNI PPC AUTRE.....

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Sexe : H / F

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Stage demandé : 8 semaines 4 semaines

Adresse :

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

Remarque(s):

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

***ATTENTION MERCI DE NOUS FAXER L'ORDONNANCE AVEC CETTE FICHE
AINSI QUE DES PRECEDENTS COURRIERS (pas obligatoirement LE dernier)***

Fiche disponible sur notre site internet www.formactionsante.com

Nom du médecin :

Nom du patient :

Je soussigné, certifie que M..... peut bénéficier d'un **stage de réadaptation respiratoire avec réentraînement à l'effort personnalisé, ETP et accompagnement psychosocial et motivationnel, à domicile, par l'équipe de FormAction Santé, 1 visite/semaine** selon les modalités suivantes :

Durée du stage :

- 8 semaines** (Réentraînement à l'effort global et/ou Electrostimulation et ETP)
- 4 semaines** (Transfert à domicile des acquis d'un stage en centre et/ou préparation à la chirurgie)
- Intensité : **Fréquence cardiaque cible : ± 5 battements/minute**

Seuil de dyspnée : OUI

Modalités des Activités Physiques Adaptées :

- Réentraînement à l'effort et APA supervisés 1 fois/semaine
- En autonomie les autres jours de la semaine

Modalités de l'ETP :

- Diagnostic éducatif ou Bilan Educatif Partagé
- Axée sur les besoins du patient (et des aidants)

Accompagnement psycho social et motivationnel

- Pour un accompagnement global de la personne

Date :

Signature