

## FORMULAIRE D'ÉLIGIBILITÉ APRÈS HOSPITALISATION POUR EXACERBATION DE BPCO



Nom de l'établissement (ou cachet) : ..... Service : .....

### Identité du patient

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Numéro de chambre : .....  
 NIR : [ ] (ou coller une étiquette patient sur les 3 feuillets)  
 Date d'entrée dans le service : [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ] Date de sortie prévue : [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Si le patient n'est pas l'assuré :  
 Nom de l'assuré : ..... Prénom de l'assuré : .....

### Éléments à prendre en compte avant la décision d'orientation du patient

#### Critères médicaux :

Pas de dialyse rénale  
 Pas de traitement chirurgical à court terme  
 Pas d'altération significative des fonctions supérieures  
 Pas de nécessité d'un transfert vers un SSR  
 Pas de soins palliatifs

#### Critères d'autonomie :

Capacité à se lever, se coucher ou s'asseoir seul  
 Capacité à comprendre les consignes (absences de trouble du comportement)  
 Capacité à marcher seul dans son logement (absence de besoin d'une tierce personne)  
 Pas de nécessité d'un transfert vers une institution spécialisée (EHPAD)

### Décision d'éligibilité

Patient éligible :  
 oui  non  
 Si oui :  
 sans aide à la vie  
 avec aide à la vie : aide ménagère et/ou portage de repas

### Suivi du patient

Rendez-vous sous 7 jours avec le médecin traitant :  
 Dr ..... le [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Rendez-vous dans les 2 mois après la sortie avec le pneumologue :  
 en ville  à l'hôpital le [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

### Stade spirométrique de la BPCO avant l'hospitalisation selon GOLD si connu (mesuré après prise de bronchodilatateurs)

Stade I\*  Stade II\*  Stade III\*  Stade IV\*

\*Stade I ..... VEMS/CVF < 70 %, VEMS ≥ 80 % de la valeur prédite  
 Stade II ..... VEMS/CVF < 70 %, 50 % ≤ VEMS < 80 % de la valeur prédite  
 Stade III ..... VEMS/CVF < 70 %, 30 % ≤ VEMS < 50 % de la valeur prédite  
 Stade IV ..... VEMS/CVF < 70 %, VEMS < 30 % de la valeur prédite ou VEMS < 50 % de la valeur prédite avec insuffisance respiratoire chronique grave

Besoins du patient après son retour à domicile			1 <sup>re</sup> séance prévue dans (précisez le nombre de jours après la sortie)
Infirmiè(r)e	Séances de surveillance et d'éducation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	J + [ ] [ ]
Masseur-kinésithérapeute	Rééducation respiratoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	J + [ ] [ ]
	Rééducation respiratoire et motrice	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Oxygénothérapie		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
VNI incluant la PPC si apnée du sommeil		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Date : [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom, prénom du médecin (ou cachet) : .....

Signature :







