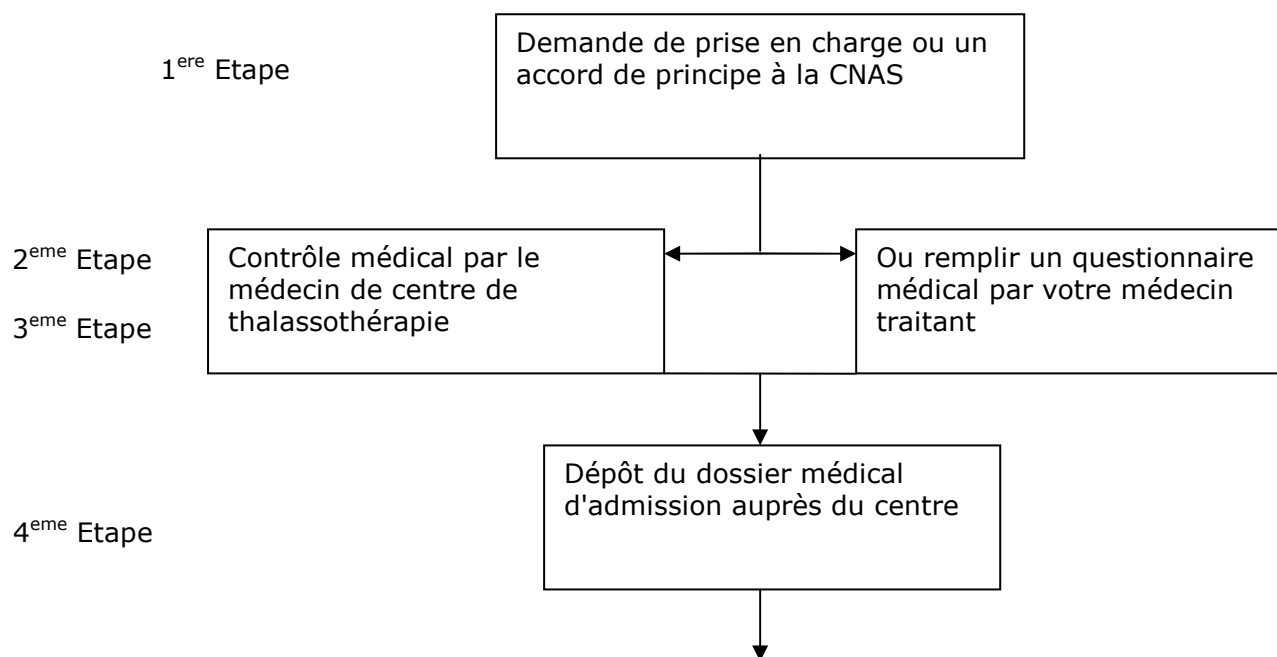


## CE QU'IL FAUT SAVOIR POUR FAIRE UNE CURE EN THALASSOTHERAPIE DE SIDI FREDJ



**1<sup>ère</sup> Etape** : -(Elle concerne les assurés sociaux ayant droit seulement)

Introduisez une demande auprès de votre caisse de sécurité sociale pour une cure.

Si votre dossier est accepté par celle-ci, elle vous délivrera un accord de principe ou une prise en charge provisoire (non définitive).

**2<sup>ème</sup> Etape** : Tous les curistes doivent se présenter au centre de thalassothérapie pour une consultation médicale auprès d'un médecin du centre.

Les curistes résident loin d'Alger ou leurs état de santé ne leur permet pas de se déplacer au centre de THALASSITHERAPIE, un questionnaire médical accompagné d'un questionnaire administratif sont mis à leur disposition. Ces derniers doivent remplir soigneusement le premier par leur médecin spécialiste traitant.

Et le deuxième par le postulat à la cure.

**3<sup>ème</sup> Etape** : Déposez ou transmettez par courrier à la direction médicale du centre de thalasso votre dossier, qui doit comprendre :

- Un questionnaire administratif renseigné par le postulat à une cure.
- Un bilan cardio-vasculaire pour les personnes âgées ou hypertendues

**4<sup>ème</sup> ETAPE** : Après l'examen de votre dossier et avis favorable du médecin spécialiste du centre, un rendez vous d'admission vous sera transmis par courrier selon l'ordre d'arrivée des dossiers.

**BN:**

- 1- Les démarches d'obtention d'une prise en charge auprès de la caisse de la sécurité sociale sont effectuées par le demandeur de cure. Le centre de thalassothérapie ne peut en aucun cas intervenir
- 2- A l'admission vous devez vous munir de votre dossier médical
- 3- lire attentivement le document accompagnant le rendez vous d'admission
- 4- Les soins de beauté et d'esthétique sont exécutés sur un rendez vous sans aucune formalité particulière.

**ENTREPRISE  
DE THALASSOTHERAPIE  
DE SIDI FREDJ**

TEL.021.39.25.25  
FAX021.39.23.95 – 39.23.65

**REGIME DE CURE**

EXTERNAT   
INTERNAT   
ASSURE   
LIBRE

**QUESTIONNAIRE ADMINISTRATIF N°.....**

(A remplir par le curiste)

**RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE CURISTE**

NOM.....Prénom : .....  
Nom De Jeune Fille.....Prénom :.....  
Date de Naissance.....lieu de naissance:.....  
Fil.....de :.....et de:.....  
Fonction:.....  
Adresse:.....  
N° tél :.....Fax: ..... E-mail :  
Caisse d'affiliation:..... adresse de la caisse d'affiliation:.....  
Centre payeur:.....adresse du centre payeur:.....  
N°d'immatriculation à la S.S:.....  
Date d'admission souhaitée :.....Séjour de :.....jours

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE A CONTACTER EN CAS DE NECESSITE**

NOM:.....prénom:.....  
Adresse:.....  
N° Tél :.....Fax:.....E-mail :.....

**AVIS DU MEDECIN DU CENTRE**

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

Sidi fredj, le.....

## CENTRE DE THALASSOTHERAPIE DE SIDI FREDJ

### INTERNAT

#### QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le médecin traitant devra remplir ce questionnaire aussi soigneusement que possible, ce document devra être adressé par le demandeur au médecin du centre, conformément aux indications portées sur la notice d'information remise au future curiste.

Ce questionnaire convenablement rempli, permettra d'éviter les accidents imputable à une éventuelle contre indication méconnue, permettra d'autre part d'adapter les soins aux cas particuliers de chaque malade, contribuera enfin à élaborer des statistiques.

NOM:.....PRENOM:.....

DATE DE NAISSANCE:.....PROFESSION:.....

.....

DIAGNOSTIQUE DE L'AFFECTION INVALIDATE:.....

TRAITEMENT SUIVI DEPUIS LE DEBUT DE L'AFFECTION:.....

❖ MEDICAL:.....

❖ CHIRURGICAL:(date de l'intervention chirurgicale éventuelle, type, protocole opération) :

.....

.....

AUTRES:.....

.....

.....

ANTECEDANTS :

-

FAMILIAUX:.....

.....

- PERSONNELS:.....

- Affections congénitales:.....

-Maladie:.....

.....

-Interventions chirurgicales: .....

.....

EXAMEN MEDICAL :

ETAT GENERAL:.....

-POIDS:.....TAILLE:.....

1°) TEGUMETS :.....

2°) EXAMEN O.R.L:.....

Le sujet présent il une affection?

Si OUI laquelle ? :.....

3°) APPAREIL RESPIRATOIR:.....

a- Affection chronique :.....

b- Affection igue en cours :.....

c)- Examens complémentaires:.....

4°) APPAREIL CARDIO VASCULAIRE:.....

a- Cœur:.....

Rythme :.....

Fréquence:.....

T.A : .....

b- Vaisseaux:.....

Veines:.....

Artères:.....

c- Résultats complémentaires  
éventuels:.....

5°) APPAREIL DIGESTIF:.....

6°) APPAREIL GENTRO URINAIRE:.....

7°) SYSTEME NERVEUX ET PSYCHISME:.....

.....

.....

.....

8°) APPAREIL LOCOMOTEUR :

a- Affections invalidantes:.....

b- Examen fonctionnel:.....

- Douleur :.....

- Impotence:.....

- Inflammation :.....

c- Examen articulaire :

- Mobilité de l'articulation touchée :.....

- Mobilité de l'articulation sus-jacente :.....

- Mobilité de l'articulation sous-jacente :.....

d- Segment osseux touché :.....

e- Examen musculaire :

- Amyotrophie:.....

- Paralysie :.....

f- Marche :

- Date de reprise:.....

- Distance :.....

- Durée :.....

- Claudication :.....

g- Utilisation d'une aide:

- 1 canne:.....

- 2 cannes :.....

- Fauteuil roulant :.....

- Tierce personne :.....

h- Appareillage éventuel :

- Orthèse : .....
- Prothèse : .....

EXAMEN COMPLEMENTAIRES :

a- Laboratoire : .....

b- Radiologie : .....

c- Autres : .....

CONCLUSION DE L'EXAMEN :

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

Fait à.....le.....

SIGNATURE TE CACHET DU MEDECIN