

DONNÉES PATIENT

Nom Date de naissance Adresse Langue N° téléphone E-Mail Curatelle ☐ Non ☐ Oui	Prénom Sexe NPA/Lieu Canton de domicile N° téléphone portable Médecin de famille Accord du patient pour suivre une réadaptation ☐ Non ☐ Oui
---	--

TRANSPORT

Provenance du patient	☐ Domicile ☐ Hôpital	Transport par notre clinique	☐ Non ☐ Oui
Si oui, date, lieu et heure			

ASSURANCES

Genre	☐ Maladie ☐ Accident	N° AVS	
Classe	☐ Commune ☐ Demi-privé ☐ Privé	☐ Toute la Suisse	
Supplément	☐ Commune à Demi-Privé ☐ Commune à Privé ☐ Demi-Privé à Privé		
Assurance de base		N° d'assuré	
Adresse			
Ass. complémentaire		N° d'assuré	
Adresse			
La demande de garantie a-t-elle déjà été envoyée à l'assurance ?			☐ Non ☐ Oui

RÉADAPTATION (veuillez cocher un seul domaine de réadaptation)

☐ cardiovasculaire	☐ musculo-squelettique	☐ médecine interne	☐ oncologique	☐ gériatrique
Date d'entrée souhaitée				
Durée de séjour prévue	☐ 14 jours	☐ 21 jours	☐ 28 jours	☐ Autre :
Projet de retour prévu	☐ Domicile	☐ EMS/Lit C	☐ Autre :	

VOS COORDONNÉES AFIN DE VOUS CONTACTER EN CAS DE BESOIN

Médecin/Hôpital envoyeur	N° tél
Adresse complète	
Lieu et date	E-Mail
Timbre et signature	N° tél Soins
	N° tél Service Orientation Patient

LAISSER VIDE. A REMPLIR PAR LE SERVICE DU MEDECIN-CONSEIL DE L'ASSURANCE

Nom de l'assureur	Date du jour
Timbre et signature du service du médecin conseil	Préavis du service du médecin-conseil
	☐ Accepté ☐ Refusé
<i>Retour dans les 72h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée.</i>	

DIAGNOSTIC (selon Def Reha 4)

Diagnostic principal		Date de l'événement aigu (opération)	
Diagnostic détaillé			
Objectifs souhaités			

COMORBIDITÉS

Comorbidités somatiques					
Diabétique	Non Oui	Si oui, préciser :	DID / Type 1 DNID / Type 2	Obésité	Non Oui
Dépendances Abus de substances	Non Oui	Si oui, préciser :			
Thérapies / Hospitalisations	Non Oui	Si oui, préciser : (institutions, dates)			
Actuellement en incapacité de travailler	Non Oui	Si oui, depuis le :			

AVQ

Mobilisation	Indépendant	Alité	Aide transfert lit/chaise	
	Indépendant en chambre	Risque de chute	Dépendant	
Soins corporels	Indépendant	Toilette complète	Aide à la douche	
	Aide partielle	Bas de contention	Aide à l'habillage et déshabillage	
Moyens auxiliaires	Aucun	Cadre de marche	Fauteuil roulant	Restrictions de charge
	Cannes	Déambulateur	Soutien	
AVQ / Remarques				

RESPIRATION

O2	Aucun	Oxygène en continu	Sevrage	
	Oxygène en réserve	C-Pap	Oxygène à domicile	
O2 / Débit	Jour	Nuit	24/24	Quantité l/min
Respiration / Remarques				

ALIMENTATION

Alimentation	Normal / p.os	Entérale	Parentérale	Troubles déglutition	Donner à manger
Equipement	VVC	SNG	SNJ	PEJ	PEG
Régimes spéciaux / Remarques		Assistance Logo			

ELIMINATION

Selles	Continent	Colostomie	Equipements	Autonome	Suivi stomathérapeute
	Incontinent	Iléostomie		Dépendant	Enseignement
Urines	Continent	Incontinent	Sonde vésicale	Urostomie	Cystofix
Elimination / Remarques					

COGNITION

Désorientation	Aucun	Espace	Agitation	Aucun	Jour
	Temps	Tout le temps		Nuit	24/24
Non compliance	Aucun	Aux traitements		Aux activités	
Cognition / Remarques					

EQUIPEMENTS ET PLAIES

Equipements	Aucun	VVP	VVC	Picline	PAC	Drains
Plaies	Aucun	Simple		Complexe		VAC
Equipements et Plaies / Remarques						

MESURES ADDITIONNELLES

Aucun	Aérosol-contact	Contact-gouttelettes	Gouttelettes
Aérosol	Contact	COVID Contact-gouttelettes	Protecteur
Agent pathogène / Remarques			

TRAITEMENTS

Aucun	ATB p.os	Méthadone	Dialyse
ATB IV	Insuline / autres	Immunosuppresseur	Trithérapie
Autres traitements / Remarques			

HANDICAP

Handicap	Aucun	Malvoyant	Malentendant	Aveugle	Sourd
Handicap / Remarques					

Diverses remarques	
---------------------------	--