

## DONNÉES PATIENT

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

## TRANSPORT

<b>Provenance du patient</b>	Domicile      Hôpital	<b>Transport par notre clinique</b>	Non      Oui
<b>Si oui, date, lieu et heure</b>			

## ASSURANCES

<b>Genre</b>	Maladie      Accident	<b>N° AVS</b>	
<b>Classe</b>	Commune      Demi-privé      Privé	Toute la Suisse	
<b>Supplément</b>	Commune à Demi-Privé (130.- / jour)      Commune à Privé (190.- / jour)		Demi-Privé à Privé (60.- / jour)
<b>Assurance de base</b>		<b>N° d'assuré</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Ass. complémentaire</b>		<b>N° d'assuré</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>La demande de garantie a-t-elle déjà été envoyée à l'assurance ?</b>			Non      Oui

## RÉADAPTATION (veuillez cocher un seul type de réadaptation)

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

## VOS COORDONNÉES AFIN DE VOUS CONTACTER EN CAS DE BESOIN

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

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

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

## DIAGNOSTIC (selon Def Reha 3)

<b>Diagnostic principal</b>		<b>Date de l'événement aigu (opération)</b>	
<b>Diagnostic détaillé</b>			
<b>Objectifs souhaités</b>			

## COMORBIDITÉS

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

## AVQ

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

## RESPIRATION

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

## ALIMENTATION

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

**ELIMINATION**

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

**COGNITION**

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

**EQUIPEMENTS ET PLAIES**

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

**MESURES ADDITIONNELLES**

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

**TRAITEMENTS**

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

**HANDICAP**

<b>Handicap</b>	Aucun	Malvoyant	Malentendant	Aveugle	Sourd
<b>Handicap / Remarques</b>					

<b>Diverses remarques</b>					
---------------------------	--	--	--	--	--