

Formulaire d'admission et demande de garantie pour prise en charge stationnaire en réadaptation :

☐ Musculo-squelettique☐ Médecine interne☐ Oncologie

1. Données du patient Coller ici l'étiquette du patient

Nom
Profession
Adresse
E-mail
Médecin de famille
Assurance de base
Assurance complémentaire

Prénom ☐ F ☐ H
Etat civil Date de naissance
NPA / lieu
N° tél.
N° AVS
N° de l'assuré
N° de l'assuré

Catégorie: ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Autre
Division ☐ Commune ☐ Demi-privée ☐ Privée

2. Questions au médecin prescripteur

A. Date d'entrée souhaitée en réadaptation
But de la réadaptation

Durée du séjour

Objectifs thérapeutiques

B. Diagnostics

C. Type d'opération

Date de l'intervention

D. Comorbidités

☐ Douleurs chroniques dorsales	☐ Troubles cognitifs	☐ Troubles pulmonaires	☐ Insuffisance cardiaque
☐ Polyarthrose	☐ Maladie artérielle	☐ Maladie de Parkinson	☐ Hypertension artérielle
☐ Fibromyalgie	☐ Diabète type 2	☐ Opérations chirurgicales antérieures	
☐ Flexion < 90°/Important déficit d'extension	☐ Arthrite	☐ Autres	

Transport: ☐ Privé

☐ Organisé par la Leukerbad Clinic (position assise uniquement)

Tampon et signature du médecin prescripteur Merci de remplir le verso

Date

Signature

Annexe à la demande de garantie pour prise en charge stationnaire

Validation des critères d'admission

Nom

Prénom

3. Critères d'admission de DefReha® - Domaines spécifiques & définitions H+

- ☐ Suites post - opératoires → ☐ Hanche ☐ Genou ☐ Épaule ☐ Dos ☐ Oncologique ☐ Autre
- ☐ Suites traitements oncologiques - traitements terminés → ☐ Pause entre 2 traitements
- ☐ Douleur : thérapies non stabilisées ☐ Troubles de la cicatrisation
- ☐ Interventions (décompressions et stabilisation) complexes ☐ Déficits fonctionnels
- ☐ Graves complications péri- et post- opératoires (luxation, fracture, embolie, fracture trochantérienne) ☐ Objectifs des thérapies pas atteignable sous forme ambulatoire

Situation sociale et habitat

- ☐ Vit seule ☐ Endroit isolé (Transports publics difficilement atteignables)
- ☐ Soins à domicile impossibles ☐ Conditions d'habitat défavorables (plusieurs étages sans ascenseur)
- ☐ Pathologie inflammatoire ou métabolique ☐ Âge ++ (70 ans et +)
- ☐ Malformation congénitale ou acquise de l'appareil locomoteur ☐ Maladie musculo-squelettique dégénérative
- ☐ Patient capable physiquement et psychologiquement de faire les efforts suffisants pour participer à un programme de thérapie pluridisciplinaire ciblé ☐ Lésion de l'appareil locomoteur
- ☐ Risque de chute / Trouble de l'équilibre
- ☐ Risque de passage à la chronicité/à l'invalidité

4. – AVQ

	Autonome	Aide partielle	Aide totale	
Toilette	☐	☐	☐	
Habillage	☐	☐	☐	
Déplacements	☐	☐	☐	
↳ Préciser	☐ cannes	☐ fauteuil roulant	☐ tintebin	☐ fauteuil électrique

Autre précision AVQ

Élimination ☐ urostomie ☐ sonde sus pubienne ☐ sonde vésicale ☐ colostomie incontinence fécale/urinaire

Manger/boire nutrition parentérale → type
nutrition entérale → type
régime particulier → type

Respiration ☐ normale ☐ CPAP ☐ BPAP ☐ O2 - l/min
Orientation ☐ bonne ☐ orientation partielle ☐ désorientation
Etat cutané ☐ plaie à protocole ☐ autre

5. – Médicaments

Merci d'annexer le plan de traitement

Nous vous prions de bien vouloir nous envoyer les documents suivants au plus tard la veille de l'admission:

- DMT à la sortie ou lettre de sortie provisoire
- DMST, imagerie, dernier laboratoire, ECG si disponible
- Rapport opératoire