**Demande de garantie de payement et de traitement pour réhabilitation stationnaire**

**Transmettre par e-mail au** **gestioneletti.CREOC@eoc.ch**

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDE DE TRANSFERT** | À l'attention deScegliere un elemento. |
|        |
| Medecin requèrant (Nom, prénom et adresse completou tampon )      |
| **Notre signe:**       |      ,      |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom:** **Date de naissance:**       /      /     **Adresse:**      **Téléphon:** **Langue parlée:** | **Medecin de famille:** **Assurance pour la garantie:**       **Numéro client.:**       **Classe d‘assurance:**  **Numéro d‘assurance sociale (Nr. AVS)**      |

Cher collègue,

pour le patient susmentionné, hospitalisé depuis le       suite à  , on vous transmet demande de garantie et hospitalisation pour des traitements de rééducation musculo-squelettique en régime stationnaire, auprès      .

Par la présente, nous désirons vous informez, conformément à l'art. 32 LAMal, des objectifs de réadaptation, des interventions et du délai indicatif pour les atteindre selon les diagnostics, les notes anamnestiques concernant le motif et les indications de réadaptation.

Aux fins du présent formulaire, le patient a été informé et a autorisé l’EOC à communiquer les informations de santé et les données personnelles contenues dans son dossier médical aux professionnels de santé susmentionnés et autorisés à traiter ces données.

Le traitement des données mentionnées dans le présent formulaire est effectué conformément aux dispositions de la loi fédérale (LDP, RS 235.1), du droit cantonal (LPDP, RL 163.100), de la loi sur la santé (LSan, RS 801.100), ainsi que des modifications et compléments ultérieurs.

**DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

*(Nécessaire une cohérence entre le diagnostic et les traitements proposés par l'établissement vers lequel le patient est transféré)*

**DIAGNOSTICS SECONDAIRES**

*(Maximum 3 diagnostiques)*

**INTERVENTION ET / OU TRAITEMENT EFFECTUÉ**

*(Intervention principale et maximum 3 interventions et / ou traitements effectués)*

**THERAPIE**

*(Therapie orale, s/c, i/v, Oxygène, Inhalation)*

**DÉFICITS FONCTIONNELS / INCAPACITÉS ACTUELLES**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  grande dépendance à l'aide pour les tâches quotidiennes | [ ]  déficits cognitives-comportementaux |
| [ ]  Handicapé | [ ]  Troubles respiratoires |
| [ ]  Transfert impossible sans aide | [ ]  Dysphagie |
| [ ]  Troubles de l'équilibre avec risque de chute | [ ]  Autre (veuillez préciser):       |

**RAISONS POUR LESQUELLES LES OBJECTIFS NE PEUVENT ÊTRE ATTEINTS AVEC DES TRAITEMENTS AMBULATOIRES OU EXTÉRNES**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Hématome / gonflement / tension de la plaie[ ]  pas d'accès aux soins ambulatoires[ ]  douleur débilitante sévère[ ]  psychologiquement instable[ ]  évolution compliquée avec infections /  algodystrophie / décubitus | [ ]  stabilité insuffisante pour l'entraînement[ ]  comorbidité incontrôlée avec symptômes sévères ou multiples[ ]  Le tableau clinique résiste aux thérapies ambulatoires |

**OBJECTIFS DU TRAITEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  exécution indépendante et / ou amélioration des activités de **base** et / ou **instrumentales de la vie quotidienne**[ ]  Évaluation, prescription et formation à la bonne utilisation des **aides**, **prothèses**, **orthèses**[ ]  Rééducation et / ou amélioration de la marche et / ou de la **stabilité posturale**[ ]  Rééducation / formation pour les **transferts**[ ]  Prévention du risque de **chute**[ ]  Rétablissement et / ou amélioration des fonctions de **déglutition et nutritionnelles**[ ]  Correction de la **malnutrition**[ ]  Restauration et / ou amélioration des **fonctions cognitives** (attention, mémoire, capacités de réflexion)[ ]  Restauration et / ou amélioration des fonctions **de parole et de communication**[ ]  Entretien ou réintroduction dans **l'environnement de travail**   | [ ]  **rééducation physique / amélioration cognitive** pour améliorer l'état du patient à domicile[ ] **Poursuite des traitements** sous surveillance médicale après [ ]  une maladie aiguë / [ ] chirurgie[ ]  Évaluation de la thérapie d'une **maladie chronique** sous surveillance constante[ ]  Réactivation sous surveillance médicale après un **traumatisme**[ ]  **Traitements palliatifs**[ ]  Évitement des **interventions chirurgicales**[ ]  **Traitement de la douleur**[ ]  Thérapie / traitement fonctionnel de la **blessure**[ ]  Amélioration de **la tolérance à l'exercice, des symptômes d'angor et d'insuffisance cardiaque**[ ]  Correction / amélioration du **profil de risque cardiovasculaire** |
| [ ]  autre (lister les fonctions à réhabiliter / réactiver      |

**ÉVALUATION DE LA DURÉE DU SÉJOUR POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Jusqu‘à 2 Semaines | [ ]  3 - 4 Semaines | [ ]  6 - 8 Semaines |
| [ ]  2 - 3 Semaines | [ ]  4 - 6 Semaines | [ ]  plus que 8 Semaines |

**RENTRER À LA MAISON**

|  |
| --- |
| [ ]  Sûre [ ]  Probable [ ]  non probable[ ]  Résidents d'une maison de retraite (précisez lesquels):     [ ]  autre institut (précisez lequel): |

**AUTRES OBSERVATIONS D'INTÉRÊT DE RÉHABILITATION CLINIQUE**

**RAPPORTS ET DOCUMENTS RADIOLOGIQUES JOINTS**

Je confirme par la présente qu'une copie de ce document pourra, si nécessaire, être adressée au médecin-conseil du garant avec les rapports du spécialiste. Je suis disponible pour de plus amples informations. Dans l'attente d'une réponse positive, je profite de l'occasion pour vous transmettre mes salutations amicales.

Timbre .......................................... Signature du médecin: ……..………………………….………....

**ANNEXE POUR LA DEMANDE D'ADMISSION**

**CONFIDENTIEL**

***(Document qui ne sera envoyé qu'à l'établissement de soins infirmiers vers lequel le patient sera transféré après sa sortie de l'hôpital)***

**DÉFICIT FONCTIONNEL ET COGNITIF / HANDICAP ACTUEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Respiration:** | [ ]  Eupnoic [ ]  Oxygène therapie [ ]  Trachéostomie[ ]  Dyspnée [ ]  Inalations [ ]   |
| **Soins du corps:** | [ ]  Autonome[ ]  Aide partielle à l'évier[ ]  Achevée aide à l'évier[ ]  Toilette complète au lit [ ]  Aide pour douche / bain  | [ ]  Nécéssite un matelat antidécubitus[ ]  Le patient a des blessures / escarres, spécifier:        VAC-Therapie: [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Mobilisation\*\*:** | [ ]  Autonome [ ]  Part. dépendent [ ]  Compl. dépenednt [ ]  Autres       | [ ]  Chaise roulante[ ]  Aide à la marche [ ]  Béquilles / bâton[ ]  Rollator[ ]  Aucun aide | [ ]  Le patient a besoin de mesures de contention, spécifiez:        |
| **Alimentation:** | [ ]  Autonome [ ]  Donner à manger[ ]  Stimuler à manger et à boire [ ]  **Dysphagie** [ ]  Liquides [ ]  Solides |  [ ]  Régime         [ ]  Sonde/PEG Type de régime:         kcal:        |
|  **Excretion:** | Fonction intestinale Selles: [ ]  Continent[ ]  Incontinent [ ]  Stomie | Vésicale[ ]  Continent [ ]  Incontinent [ ]  Stomie [ ]  Cathéter urinaire |
| **Déficit cognitif:** | [ ]  Vigilant [ ]  Ne coopère pas [ ]  Vigiliant par moments[ ]  Orienté [ ]  Desorienté ([ ]  Jour [ ]  Nuit) [ ]  Collaboratif |
| **Autres informations importantes:**  | [ ]  Le patient nécéssite **d'isolement**, indiquez:      [ ]  Patient **dialysé**, Fréquence: [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  Morgens [ ]  Nachmittags |

**SITUATION SOCIALE**

|  |
| --- |
| Le pazient vit: [ ]  Seul [ ]  Fils [ ]  Partener [ ]  Autre personne      |
| Personne de contact: Nom:       Prénom:      Adresse:        Numéros de téléphone utiles:     Relation familiale:        |
| Services d’aide à domicile à activer / réactiver à la sortie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Haushaltshilfe[ ]  à activer[ ]  actif      | Soins infirmiers[ ]  à activer[ ]  actif      | Alimentation[ ]  à activer[ ]  actif      | Maison de retraite[ ]  à activer[ ]  actif      |
| Autres services:       |

 |

|  |
| --- |
| **Date du présumé de transferts: …………….Date du prochain examen spécialisé:**       |

**\*** Les réponses doivent correspondre aux informations de la section «DÉFICIT FONCTIONNEL / INCAPACITÉS ACTUELLES» de la demande de garantie\*\*Obligatorisches Feld. Geben Sie bitte immer das Hilfsmittel an, welches vom Patienten benötigt wird.