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

**Transmettre par e-mail au** [**gestioneletti.CREOC@eoc.ch**](mailto:gestioneletti.CREOC@eoc.ch)

|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDE DE TRANSFERT** | À l'attention de  Scegliere un elemento. |
|  |
| Medecin requèrant (Nom, prénom et adresse complet  ou 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.