**Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l’assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS)**

**Demande d’admission**

**en Réadaptation au CHVR = Annexe 3B**

* Ce formulaire est en 2 pages **: Page 1** à envoyer par mail à chvr.ugf@hopitalvs.ch et chvr.garanties@hopitalvs.ch.

**Page 2** est destinée uniquement aux divisions B pour leur usage interne.

* En ce qui concerne les demandes de **soins palliatifs**, n’envoyez pas ce formulaire à l’assureur : l’accord du médecin-conseil n’est pas requis.
* Le service du médecin-conseil de l'assureur-maladie répond, dans les 48h, par retour de mail au bureau des garanties du CHVR : chvr.garanties@hopitalvs.ch

Tél : 027 603 42 85, en indiquant le délai de garantie.

|  |
| --- |
|  |
| **Diagnostic principal / Date et type d’intervention :**       |
| **Comorbidités pertinentes pour cette demande :**       |
| **But du séjour** |  | **Niveau actuel de dépendance** |
| Réadaptation à la marche | [ ]  |  |  | Seul | Aide |
| Réadaptation AVQ | [ ]  |  | Toilette | [ ]  | [ ]  |
| Reconditionnement - renutrition | [ ]  |  | Habillage | [ ]  | [ ]  |
| Evaluation de l’autonomie | [ ]  |  | Transfert hors du lit | [ ]  | [ ]  |
| Suite de traitement | [ ]  |  | Aller aux WC | [ ]  | [ ]  |
| Soins palliatifs | [ ]  |  | Continence | [ ]  | [ ]  |
| Autre | [ ]  |  | Se nourrir | [ ]  | [ ]  |
| **Troubles cognitifs** (mémoire) | oui | [ ]  | non | [ ]  |  | **Troubles de l’humeur :** | oui | [ ]  | non | [ ]  |
| **Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur :**       **Signature du médecin :** |
| **Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires :**       |
| Date :       |
| **Type de réadaptation :**[ ]  Réadaptation polyvalente gériatrique *(1.2.3.4)* [ ]  Réadaptation musculo-squelettique *(CVP)* [ ]  Réadaptation musculo-squelettique (2) [ ]  Réadaptation cardiovasculaire *(CVP)*[ ]  Réadaptation [ ]  Réadaptation pulmonaire *(CVP)*[ ]  Réadaptation psychosomatique *(CVP)*  |
| **Nombre de jours estimés en réadaptation :**       |
| **Timbre et signature du service du médecin-conseil**Retour dans les 48h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée. |
| Préavis du service du médecin-conseil de l’assureur : | Accepté | [ ]  | Délai de garantie : | [ ]  |
|  | Refusé | [ ]  |
| Date :       |

**Annexe 3B : Formulaire de demande d’admission en Division B** - version générique

|  |
| --- |
| **Patient *(Etiquette)*** |
| Nom :       | Prénom :       |
| Date de naissance :       |
| **Score dépendance** |  | **Divers** |
| Barthel |       |  | chaise roulante | [ ]  | colostomie | [ ]  |
| Braden |       |  | TTB | [ ]  | pansement | [ ]  |
| matelas | [ ]  | normal | [ ]  | Preventix |  | cannes | [ ]  | sonde | [ ]  |
|  | [ ]  | autre  |  |  |  |  |  |
| Mesures additionnelles(isolement) |       |  | régime ?       | suivi diététique       |
| **Situation à domicile** | Vit seul(e) | oui | [ ]  | non | [ ]  | Sort du domicile | oui | [ ]  | non | [ ]  |
| **Aidé(e) par la famille** | oui | [ ]  | non | [ ]  | **Connu(e) du CMS de :**       |
| **CAT** | oui | [ ]  | non | [ ]  |
| **Si oui : cocher ci-dessous soit F pour Famille et / ou CMS** |
| Finance | [ ]  | F | Ménage | [ ]  | F | Lessive | [ ]  | F | Commissions | [ ]  | F | Repas | [ ]  | F |
|  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |
| Toilette | [ ]  | F | Habillage | [ ]  | F | Médicaments | [ ]  | F | Téléalarme | [ ]  | F | Contrôle santé | [ ]  | F |
|  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |  | [ ]  | CMS |
| Médicaments (feuille annexe) [ ]  |
| **Antécédents, faits marquants** (notes dans la Brioche concernant les précédents séjours, infos importantes…) :       |
| **Transferts :** | seul | [ ]  | avec aide | [ ]  | surveillance | [ ]  | préciser :       |
| **Mobilisation :** | seul | [ ]  | avec aide | [ ]  | surveillance | [ ]  | préciser :       |
| **Elimination :** | continent | [ ]  | urinaire | [ ]  | fécal | [ ]  |
|  | incontinent | [ ]  | urinaire | [ ]  | fécal | [ ]  | protection | [ ]  | SV | [ ]  | chaise percée | [ ]  |
| **Respiration :** | normale | [ ]  | dyspnée | [ ]  | O2 | [ ]  | L/min |       | CPAP/BiPAP | [ ]  | aérosol | [ ]  |
| **Cognitif :** | calme | [ ]  | agité | [ ]  | agressivité | [ ]  | verbale | [ ]  | physique | [ ]  | aphasie | [ ]  |
|  | orientation | [ ]  | désorientation | [ ]  | temporelle | [ ]  | spatiale | [ ]  | collaborant | [ ]  | confus | [ ]  |
|  | risque de fugue | [ ]  | anxiété | [ ]  | colère | [ ]  | tristesse | [ ]  |  |  |  |  |
| **Alimentation :** | mange seul | [ ]  | aide à l’installation | [ ]  | fausse route | [ ]  | Score Kondrup | [ ]  | dépendant | [ ]  |
| **Toilette :** | complète | [ ]  | haut | [ ]  | bas | [ ]  | autonome | [ ]  |
| **Troubles auditifs :** | oui | [ ]  | non | [ ]  | **Troubles visuels :** | oui | [ ]  | non | [ ]  | préciser : |
| **Objectifs et projet post Réadaptation :**      **Date :**  |
| **Entrée souhaitée dans l’établissement dès le :**       |