



DEMANDE D'ADMISSION EN RÉADAPTATION AMBULATOIRE CARDIO VASCULAIRE

À faire remplir par le médecin. Merci d'envoyer cette demande ainsi que la prescription de physiothérapie à physiotherapie.grangettes@hirslanden.ch

| | |
|--|--|
| Nom, Prénom : | Date de naissance : |
| Adresse : | NPA/Lieu : |
| Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | |
| Langue parlée : | Téléphone : |
| Provenance du patient : <input type="radio"/> Domicile <input type="radio"/> Clinique <input type="radio"/> CTR <input type="radio"/> Autres : | |
| <input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Accident | |
| Assurance : N° AVS : 756. | Personne à prévenir en cas d'urgence : Nom : Adresse : Téléphone : Lien : |
| N° d'assuré : | |
| Nom de l'assurance : | |
| Adresse : | |

Traitement médicamenteux actuel :

Diagnostic principal (annexe 1, chiffre 11 OPAS):

Date de l'évènement aigu : le

Fraction d'éjection systolique :

Comorbidités :

Date de sortie d'hospitalisation : le

Réadaptation (jusqu'à 2 séances par jour) :

- Cardiovasculaire
 Maladie artérielle périphérique

FRCV :

Tabac Stress Obésité
 Diabète HTA Génétique
 Cholestérol

Timbre et signature du
médecin prescripteur :

À REMPLIR PAR LE SERVICE DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSURANCE :

| | |
|---|--|
| Nom de l'assureur : | Timbre et signature du service du médecin conseil : |
| Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : <input type="radio"/> accepté <input type="radio"/> refusé | |
| Date : le | |

Merci de joindre la lettre de sortie ou une documentation récente à la présente demande

Prescription de Physiothérapie

Identité:

Nom

Prénom

Adresse

NPA/Lieu

Date de naissance

Téléphone privé

Employeur

NPA/Lieu

Téléphone prof.

Assureur

N° d'ass./acc.

Diagnostic:

notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

maladie

accident

invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance: première deuxième troisième quatrième traitement de longue durée

But du traitement:

- Analgésie/anti-inflammatoire
- Amélioration de la fonction articulaire
- Amélioration de la fonction musculaire
- Proprioception/coordination
- Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
- Amélioration de la fonction circulatoire
- Autres:

- But particulier
- Bandages (Tape)
- Instruction

Nombre de traitements: Traitement à domicile 2 traitements par jour Contrôle médical après traitements

Location d'appareils:

Mesures physiothérapeutiques:

(à compléter par le médecin s'il le désire)

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin (Timbre): N° CSCM.: _____

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date:

Signature:

Date:

Signature:

Remarques:
