



DEMANDE D'ADMISSION EN RÉADAPTATION AMBULATOIRE ONCOLOGIQUE

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 :
Assurance :	Personne à prévenir en cas d'urgence :
N°AVS : 756.	Nom :
N° d'assuré :	Adresse :
Nom de l'assurance :	Téléphone :
Adresse :	Lien :

Diagnostic principal :	Diagnostic détaillé :
Date de l'évènement aigu :	

Antécédents :

.....
.....

Réadaptation Oncologique

Concept thérapeutique : Curatif Premier diagnostic Récidive

Mesures recommandées : Physiothérapie (jusqu'à 2 séances par jour)
 Conseils diététiques Psycho oncologie
 Autres :

Date de sortie d'hospitalisation : le

Entrée souhaitée au centre de réadaptation dès : le

Comorbidité et traitement en cours

Radiothérapie : Oui Non
Chimiothérapie : Oui Non
Besoin d'O2 : Oui Non
Hormonothérapie : Oui Non
Diabète : Oui Non

Timbre et signature du médecin prescripteur :
--

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

Nom de l'assureur :

Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :
 accepté refusé

Timbre et signature du service du médecin conseil :
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:
