



## 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 **secretariat@physio-desgrangettes.ch**

La facturation des prestations est établie à l'acte selon les tarifs Lamal de physiothérapie en vigueur (code tarif Tarmed 7301 et 7330).

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.	<b>Personne à prévenir en cas d'urgence :</b> 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

Cardiologue prescripteur :

**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 :

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

Timbre et signature du  
service du médecin conseil :

**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:

---



---



---