



DEMANDE D'ADMISSION EN RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

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 7311 et 7330).

Nom, Prénom :

Adresse :

Sexe :

Langue parlée :

Provenance du patient : Domicile Clinique CTR Autres :

N° AVS : 756.

N° d'assuré :

Nom de l'assurance :

Adresse :

Date de naissance :

NPA/Lieu :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Lien :

Diagnostic principal (annexe 1, chiffre 11 OPAS) :

BPCO Pneumopathie interstitielle/ fibrose pulmonaire trouble restrictif pariétal

Asthme bronchique Autre

Circonstance : Après une exacerbation aiguë à l'état stable

Antécédents médicaux :

Traitement médicamenteux actuel :

Oxygénodépendant : oui non **VNI :** oui non

Facteurs de risque et comorbidité :

Tabac Stress Obésité
 Diabète HTA Allergie
 Exposition polluant Asthme

Fonctions respiratoires:

VEMS: CV:
VEMS/CV VR:
DEP:

Timbre et signature
du médecin prescripteur:

Timbre et signature
du médecin responsable :

À REMPLIR PAR LE SERVICE DU MÉDECIN-CONSEIL

DE L'ASSURANCE :

Nom de l'assurance :

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 un bilan médical récent à la présente demande.