

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION RÉADAPTATION MÉDECINE INTERNE

CONFIDENTIEL

Merci de compléter le formulaire d'admission en ligne <https://www.hug.ch/crans-montana>  
et de nous le retourner dûment complété par email : [admissions.ccm@hug.ch](mailto:admissions.ccm@hug.ch)

## Données patient-e

Nom, prénom : .....

Sexe : M F Date de naissance : .....

Rue, n° : ..... Complément de rue : .....

NPA, Localité : ..... Canton : .....

Tél. privé : ..... Tél. mobile : .....

E-mail : ..... Langue parlée : .....

Etat civil : ..... Nationalité : ..... Profession : .....

**Motif :** Maladie Accident

**Date d'entrée souhaitée** dès le ..... pour un séjour de 21 jours.

## Assurances

Nom de l'assurance de base obligatoire (LAMal) : ..... N° d'assuré-e : .....

Nom de l'assurance complémentaire (privé) : ..... N° d'assuré-e : .....

Nom de l'assurance accident (si accident) : ..... N° d'assuré-e : .....

Veuillez prendre note que nous ne disposons pas de chambres semi-privées.

Le/la patient-e est-il rentier à l'AI : oui non

## Diagnostic principal selon CIM 10:

.....

## Comorbidités (somatiques et psychiques):

.....

.....

.....

## Anamnèse actuelle et tableau clinique:

.....

.....

.....

Merci de joindre la lettre de sortie/transfert ou documentation récente à la présente demande.

## Traitements somatiques et psychiatriques avec dosages:

.....

.....

.....

Si possible veuillez annexer au formulaire le plan de traitement complet.

**Objectifs de la réadaptation :**

.....

.....

**Potentiel de réadaptation :**      oui      non**Troubles cognitifs**

Agitation      État confusionnel      Risque de fugue

**Dépendances**

OH      BZD      Tabac      Cannabis      Autres substances : .....

**Risque infectieux**

MRSA      BLSE      CPE      Autre : .....

Isolement en chambre individuelle :      oui      non

**Degré d'autonomie**

Indépendant      Semi-dépendant      Dépendant      Malvoyance

**Moyens auxiliaires**

Fauteuil électr.      Chaise roulante      Rollator      Cannes/autres : .....

**Appareil respiratoire**

CPAP/VNI      O2 débit : ..... l/mn      Autre : .....

**Besoins nutrition**

PEG      SNG      Bypass      Autre (allergies par ex.) : .....

**Élimination**

incontinence urinaire      Incontinence fécale      Sonde à demeure      Urostomie      Colostomie

**Lieu de retour prévu :****Domicile avec famille**      sans assistance      avec assistance**Domicile seul**      sans assistance      avec assistance**Établissement de soins**      **EMS**      **Foyer****Autres médecins impliqués dans la prise en charge du/de la patient-e :**

.....

.....

**Répondant service social (curateur) / Tél. :**

.....

**Répondant soins à domicile / Tél. :**

.....

**Médecin envoyeur**

Timbre (lisible)

Mail sécurisé : .....

Téléphone : .....

Date : .....

Signature : .....