

# 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.



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

**Clinique de Crans-Montana**  
Impasse Clairmont 2, 3963 Crans-Montana  
Service des admissions: T 027 485 61 22  
E-mail: [admissions.ccm@hug.ch](mailto:admissions.ccm@hug.ch)

**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: .....

Isolation 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.:**

<b>Médecin envoyeur</b>	
Timbre (lisible)	Mail sécurisé: .....
	Téléphone: .....
	Date : .....
	Signature: .....