

# 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.cgm@hcuge.ch](mailto:admissions.cgm@hcuge.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 et signature: .....