

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION RÉADAPTATION MUSCULO-SQUELETTIQUE

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

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

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.:****Médecin envoiur**

Timbre (lisible)

Mail sécurisé:

Téléphone:

Date :

Signature: