

Rehaklinik Tschugg AG – Demande d'hospitalisation

Téléphone Neuroréhabilitation: 032 338 43 38
Téléphone Parkinson: 032 338 41 39
Téléphone Epileptologie: 032 338 41 36
Fax: 032 338 40 11
E-Mail: pataufnahme@rehaklinik-tschugg.ch

<input type="radio"/> Neuroréhabilitation	<input type="radio"/> Parkinson	<input type="radio"/> Épileptologie
Entrée souhaitée: <input type="text"/>	Durée Prévue du séjour: <input type="text"/>	

Langue: <input type="radio"/> D <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> autre : <input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W
Nom: <input type="text"/>	Prénom: <input type="text"/>
No AVS: <input type="text"/>	Date de naissance: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>	CP/Lieu: <input type="text"/>
Tél.: <input type="text"/>	
Caisse maladie/Assurance: <input type="text"/>	No d'assuré: <input type="text"/>
Catégorie: <input type="radio"/> privé <input type="radio"/> mi-privé <input type="radio"/> commune <input type="radio"/> complément d'assur. tout la CH	
<input type="radio"/> maladie <input type="radio"/> accident	
Médecin traitant: <input type="text"/>	

Diagnostic: (si plusieurs diagnostics, veuillez joindre SVP la liste complète des diagnostics)

Motif d'hospitalisation:

Épileptologie: Diagnostic complexe Traitement complexe Phase préchirurgicale I

Réhabilitation Déficit de fonctionnalité:

Aucune particularité
 Clostridien SIDA Hépatite A/B/C/D BLSE MRSA

Autres Isolements:

désorienté/delirant besoin de surveillance continue/surveillance du nuit
 besoin de fixation agressif

Troubles de déglutition? non oui
 Trachéostoma Sonde PEG Sonde naso-gastrale Nutrition par sonde
 Aliment. avec de l'aide

Troubles du langage? non oui

Médication actuelle (p.o./i.v./p.a.):

iv. thérapie antibiotique pendent le séjour est nécessaire

Informations complémentaires:

Dialyse Chimiothérapie Radio-Chimiothérapie Thérapie immunitaire

Profil de l'autonomie:

Patient: est alité besoin de l'aide pour se lever/toilette
Se déplacer: libre béquilles déambulant chaise roul risque de chute
Manger et boire: autonome exige de l'aide dépendant
Se laver: autonome exige de l'aide dépendant
S'habiller: autonome exige de l'aide dépendant
Chang. lit, chaise roul: autonome exige de l'aide dépendant
Capacité de charge: illimitée légèrement limitée très limitée

Seulement sclérose en plaques, l'échelle EDSS:

Rejets anthropiques:

Incontinence anale Incontinence vésicale
 Stoma Zystofix Cathéter permant (transurétral suprapubique)

Informations complémentaires de soins:

CVC Port à Cath CRAP-Thérapie Dekubitus Pansement VAC

Situation sociale:

vit avec personne référence vit seule vie dans une maison de retraite ou un home médicalisé
 travaille dans un cadre protégé

But de séjour:

Mobilisation Amélioration de la qualité de vie Mobilisation lit-chaise roulante
 Adaptation moyens auxiliaires Utilisation moyens auxiliaires gérer et surmonter la maladie
 Simulation et amélioration de l'autonomie (gérer charge partiel/mobilité réduite)
 Préparation du patient au retour chez lui avec de l'aide ambulatoire (p.ex. Spitex) sans aide amb.
 Adaptation de la médication Thérapies ambulatoires sont épuisées
 Intensité de thérapie nécessaire n'est pas possible en ambul.

Admission dans un EMS après la sortie? oui non Inscrit: oui non

Le patient a été informé du séjour de réhabilitation et les buts de la réhabilitation: oui

Médecin envoyeur:

Institution:

Adresse:

CP/Lieu:

Tél. (direct):

Personne de contact (fsi n'est pas médecin envoyeur):

Nom/Prénom:

Tél.:

1 Exemplar à:

- **Management d'hospitalisation, Rehaklinik Tschugg**
(comme demande d'admission)
- **Le demande pour la garantie de paiement doit être envoyé directement par le médecin envoyeur au médecin- conseil de l'assureur maladie**
(ce document peut être utilisé comme demande pour la garantie de paiement)

Veillez SVP nous envoyer par Fax tous les documents tels que le rapport de sortie, les résultats des divers examens ainsi que les images et rapports de radiologie **avant** l'admission du patient au **management d'hospitalisation**, numéro de Fax: 032 338 40 11.