

Demande de séjour pour réadaptation stationnaire



Clinique Bernoise Montana
Admissions
Imp. Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana

Tél. 027 485 52 88
Fax 027 481 89 57
(HIN secured) admissions@bernerklinik.ch
www.bernerklinik.ch

Merci de bien vouloir nous retourner ce formulaire dûment rempli.

Garantie de paiement : Nous vous prions de faire, si nécessaire pour les patients hors canton, une demande de garantie auprès du canton concerné.

Documents médicaux : Les documents complets (y compris rapports médicaux, résultats de laboratoire, radio, etc.) doivent parvenir dans les plus brefs délais à notre secrétariat médical:
E-mail : **med.sekretariat@bernerklinik.ch** (HIN secured)

Hôpitaux / Cliniques : La fiche des données personnelles du patient doit impérativement être jointe à cette demande.

Important : Le séjour est considéré comme accepté uniquement après confirmation écrite de notre part.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter au 027 485 52 88

DONNÉES PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

masculin féminin

Adresse :

NPA / Lieu :

N° Tél. :

Canton de domicile :

Médecin de famille :

N° Tél. médecin :

ASSURANCES

Classe : privée demi-privée

Commune

Toute la Suisse

Suppl. de chambre

ch. Seule (CHF 110.- p/J)

ch. Seule (CHF 185.- p/J)

ch. À 2 (CHF 90.- p/J)

Assurance de base :

N° Ass. :

Ass. Complémentaire :

N° Ass. :

N° AVS : 756.

TRANSPORT

privé

Bus depuis Berne, tous les jours sur demande (60.-)

Bus depuis Bienne, tous les mardis et jeudis ou sur demande (70.-)

Bus depuis St-Imier (et Sonceboz sur demande) le mercredi (80.-)

Le patient voyage avec

Chaise roulante

Déambulateur

Autre

RÉADAPTATION (ne cocher qu'une seule spécialisation)

Spécialisation :

Neurologie

Médecine interne

Musculo-squelettique

Psychosomatique

Motif :

Maladie Accident

Date d'opération :

Hôpital :

Où se trouve le patient avant son entrée à la Clinique Bernoise ?

à la maison Hôpital / Clinique :

Durée de séjour prévue (en jours) :

Date d'entrée souhaitée :

DIAGNOSTIC

Diagnostics principaux / Problèmes :

.....

DONNÉES MÉDICALES

Médicaments actuels (joindre éventuellement la liste en annexe) :

Objectif de réadaptation :

- Retour au domicile de manière autonome
- Retour au domicile avec aide externe
- Transfert en institution (home, communauté d'habitation, ...)

- Renforcement de l'autonomie
- Gestion de la douleur

Justificatif pour un séjour stationnaire :

- Les soins à domicile sont impossibles
- Les possibilités de thérapies ambulatoires sont épuisées
- L'intensité des thérapies n'est pas atteignable sous forme ambulatoire
- Risque suicidaire
- Dépendance à des substances Si oui, lesquelles:

BESOINS EN SOINS (à remplir par le personnel soignant)

Equipements médicaux :

- | | | | |
|-----------------------------|--|---|--|
| <u>Respiratoire</u> | <input type="radio"/> Oxygène ... l/mn | <input type="radio"/> B/C pap | <input type="radio"/> Canule trachéale sans ballonnet |
| <u>Pansement et plaies</u> | | | |
| <u>Localisation</u> : | <input type="radio"/> VAC | <input type="radio"/> Drainage (type et matériel) : | |
| <u>Voie veineuse</u> : | <input type="radio"/> PAC | <input type="radio"/> Picc-Line | <input type="radio"/> V. V. centrale <input type="radio"/> V.V. Péripherique |
| | <input type="radio"/> Alimentation parentérale : | | |
| <u>Autres</u> : | <input type="radio"/> Antibiothérapie IV : | | |

Particularités : Isolément

- Organismes multirésistants Si oui, lesquels :

	Très restreint Problématique	Partiellement restreint	Non-restréint Non- Problématique	Non- évaluable	Remarques
Transfert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Moyen aux :
Mobilité (éventuellement avec moyens auxiliaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sans moyen aux. <input type="radio"/> Chaise roulante <input type="radio"/> Cannes ou déambulateur
Toilette / habillage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Haut <input type="radio"/> Bas
Continence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Sonde vésicale <input type="radio"/> Stomie <input type="radio"/> Cath. Supra-pubien
Déglutition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Texture : <input type="radio"/> Normale Boisson épaissie <input type="radio"/> Petits morceaux tendres <input type="radio"/> Finement haché et lubrifié <input type="radio"/> Mixée
Alimentation (repas autonome ?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> PEG / Sonde naso-gastrique / jéjunale <input type="radio"/> Allergies : <input type="radio"/> Régime spécifique :
Parole / Langage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Aphasic <input type="radio"/> Dysarthrie Langue maternelle :
Interaction avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Participation à la vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
Orientation / Cognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Risque de fugue <input type="radio"/> (Auto)agressivité

Remarques :

DONNÉES DE CONTACT

Médecin / Hôpital envoiur : N° Tél. Médecin :

N° Tél. Soins :

Lieu et date : Timbre / Signature