

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

BESOINS EN SOINS (à remplir par le personnel soignant)**Equipements médicaux :**

- Respiratoire** ☐ Oxygène ... l/mn ☐ B/C pap ☐ Canule trachéale sans ballonnet
Pansement et plaies
 Localisation : ☐ VAC ☐ Drainage (type et matériel) :
Voie veineuse : ☐ PAC ☐ Picc-Line ☐ V. V. centrale ☐ V.V. Périphérique
☐ Alimentation parentérale : ☐ Antibiothérapie IV :

Autres :**Particularités :** ☐ Isolement☐ Organismes multirésistants Si oui, lesquels :

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

Remarques :**DONNÉES DE CONTACT**

Médecin / Hôpital envoyeur : N° Tél. Médecin :

N° Tél. Soins :

Lieu et date : Timbre / Signature