



DEMANDE D'ADMISSION EN RÉHABILITATION RESPIRATOIRE

À faire remplir par le médecin. Merci d'envoyer cette demande ainsi que la prescription de physiothérapie à
secretariat@physio-desgrangettes.ch

La facturation des prestations est établie à l'acte selon les tarifs Lamal de physiothérapie en vigueur (code tarif Tarmed 7311 et 7330).

Nom, Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	NPA/Lieu :
Sexe :	Téléphone :
Langue parlée :	
Provenance du patient : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> CTR <input type="checkbox"/> Autres :	
N° AVS : 756.	Personne à prévenir en cas d'urgence :
N° d'assuré :	Nom, Prénom :
Nom de l'assurance :	Adresse :
Adresse :	Téléphone :
	Lien :

Diagnostic principal (annexe 1, chiffre 11 OPAS) :

BPCO Pneumopathie interstitielle/ fibrose pulmonaire trouble restrictif pariétal

Asthme bronchique Autre

Circonstance : Après une exacerbation aiguë à l'état stable

Antécédents médicaux :

Traitement médicamenteux actuel :

Oxygénodépendant : oui non **VNI :** oui non

Facteurs de risque et comorbidité : <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Obésité <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Exposition polluant <input type="checkbox"/> Asthme	Fonctions respiratoires: VEMS: CV: VEMS/CV VR: DEP:
--	---

Timbre et signature du médecin prescripteur:	Timbre et signature du médecin responsable :
---	---

À REMPLIR PAR LE SERVICE DU MÉDECIN-CONSEIL DE L'ASSURANCE : Nom de l'assurance : Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : <input type="checkbox"/> accepté <input type="checkbox"/> refusé	Timbre et signature du service du médecin conseil :
--	--

Merci de joindre la lettre de sortie ou un bilan médical récent à la présente demande.

Prescription de Physiothérapie

Identité:

Nom

Prénom

Adresse

NPA/Lieu

Date de naissance

Téléphone privé

Employeur

NPA/Lieu

Téléphone prof.

Assureur

N° d'ass./acc.

Diagnostic:

notification séparée au médecin-conseil selon LaMal

maladie

accident

invalidité

Traitement physiothérapeutique proposé (à remplir par le médecin):

ordonnance: première

deuxième

troisième

quatrième

traitement de longue durée

But du traitement:

- Analgésie/anti-inflammatoire
- Amélioration de la fonction articulaire
- Amélioration de la fonction musculaire
- Proprioception/coordination
- Amélioration de la fonction cardio-pulmonaire
- Amélioration de la fonction circulatoire
- Autres:

- But particulier
- Bandages (Tape)
- Instruction

Nombre de traitements:

Traitement à domicile

2 traitements par jour

Contrôle médical après

traitements

Location d'appareils:

Mesures physiothérapeutiques:

(à compléter par le médecin s'il le désire)

En accord avec le médecin, le/la physiothérapeute peut choisir ou modifier les moyens et méthodes pour atteindre au mieux le but du traitement.

Médecin (Timbre): N° CSCM.: _____

Physiothérapeute (Timbre CSCM):

Date:

Signature:

Date:

Signature:

Remarques: