



## 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.Plojoux@hirslanden.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 :

Adresse :

Sexe :

Langue parlée :

Provenance du patient :  Domicile  Clinique  CTR  Autres :

N° AVS : 756.

N° d'assuré :

Nom de l'assurance :

Adresse :

Date de naissance :

NPA/Lieu :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom, Prénom :

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 :**

- Tabac  Stress  Obésité  
 Diabète  HTA  Allergie  
 Exposition polluant  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 :

accepté  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

#### Mesures physiothérapeutiques:

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

Nombre de traitements: \_\_\_\_\_  Traitement à domicile  2 traitements par jour Contrôle médical après \_\_\_\_\_ traitements

Location d'appareils: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_