

Ce questionnaire comporte 2 pages. Nous vous remercions de bien vouloir nous le retourner dûment rempli à admissions@cliniquevalmont.ch

Patient

Nom : _____ Prénom : _____

M F Date de naissance : ____ / ____ / _____ Adresse : _____

N° téléphone privé : _____ N° tél de contact : _____ Contact : _____

Assurances/Division	AOS	<input type="checkbox"/> Demi-privée	<input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> Patient payant lui-même
Nom de l'assurance	_____	_____	_____	
N° d'assuré/sinistre	_____	_____	_____	

Date d'entrée souhaitée : ____ / ____ / _____

Médecin envoyeur : _____ N° téléphone : _____ Email : _____

Hôpital/Clinique/Cabinet : _____

IDL de référence : _____ N° téléphone : _____ Email : _____

Lieu où se trouve le patient avant son entrée à la Clinique Valmont : _____

Médecin de famille + localité : _____

Diagnostic(s) pour la réadaptation

Veuillez svp indiquer le diagnostic pour la réadaptation :

Cas : Maladie Accident

Date de l'évènement, de l'accident et/ou de l'opération : ____ / ____ / _____

Diagnostic connu du patient : Oui Non

Isolement : Oui _____ Non

Comorbidités :

Traitements actuels :

Antécédents :

Nous vous prions de bien vouloir nous envoyer les documents suivants dès que possible :

- DMT à la sortie ou lettre de sortie provisoire
- DMST, imagerie, dernier laboratoire, ECG si disponible
- Lettre de sortie
- Rapport opératoire
- Directives anticipées

Suite à la page 2

AVQ

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger/Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⇒ Préciser : <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Tintébin <input type="checkbox"/> Fauteuil roul. <input type="checkbox"/> Fauteuil élect.			

Autre précision AVQ : _____

Élimination

Incontinence urinaire Oui Non

Incontinence fécale Oui Non

Sonde Oui Non

Si oui, préciser laquelle : _____

Troubles déglutition Oui Non

Si oui, préciser la texture : _____

Sonde Oui Non

Si oui, préciser laquelle : _____

Régime particulier Oui Non

Si oui, préciser lequel : _____

Respiration

Normale O2 : ____ l/min CiPAP BiPAP

État physique

Taille : _____ cm

Poids : _____ kg

État cutané

Escarres

Plaie à protocole particulier

Localisation/soins : _____

Matelas à air

Pansements

Préciser : _____

État psychologique

Sans particularité

Agressif/euphorique

Apathique/dépressif

Risque de fugue

Adéquat/stabilité émotionnelle

Démence

Autre : _____

Mode de vie et projet social

Habitat : _____

Entourage familial et social : _____

Devenir social : _____

Orientation

Bonne

Spatiale

Désorientation

Orientation partielle

Temporelle

Désorientation

Orientation partielle

Communication

Bonne Aphasie

Compréhension

Impossible

Partiellement atteinte

Expression

Impossible

Partiellement atteinte

Mémoire

Bonne

(Aptitude à conserver et/ou retrouver une information)

Difficultés importantes

Difficultés modérées

Résolution de problèmes

Indépendance

(Organisation, prises de décisions, etc.)

Assistance totale

Dépendance partielle

Lieu : _____

Signature du médecin envoyeur :

Date : ____ / ____ / _____

Timbre :