

Annexe 3B : Formulaire de demande en Division B - version générique

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS)

- Ce formulaire est en 2 pages : **Page 1** à envoyer par fax avant l'admission au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie. **Page 2** (version générique ou version neuro-réhabilitation) est destinée uniquement aux divisions B pour leur usage interne.
- En ce qui concerne les demandes de **soins palliatifs**, n'envoyez pas ce formulaire à l'assureur : l'accord du médecin-conseil n'est pas requis.
- Le service du médecin-conseil de l'assureur-maladie répond par retour de fax dans les 48h, sans indiquer de délai de garantie.

(Etiquette)

Patient :

| | | |
|---------------------------|---------------------|------------------|
| Nom : | N° de patient : | Date d'entrée : |
| Prénom : | Sexe : H F | Heure : |
| Adresse : | Date de naissance : | Date de sortie : |
| Domicile : | | Heure : |
| | Cas : | |
| | Service : | |
| <u>Répondant :</u> | Catégorie : | |

N° caisse :
Nom :
Adresse :

Diagnostic principal / Date et type d'intervention

Comorbidités pertinentes pour cette demande

| But du Séjour | | Niveau actuel de dépendance | | |
|---------------------------------|--|-----------------------------|------|------|
| Réadaptation à la marche | | | Seul | Aide |
| Réadaptation AVQ | | Toilette | | |
| Reconditionnement - renutrition | | Habillage | | |
| Evaluation de l'autonomie | | Transfert hors lit | | |
| Suite de traitement | | Aller aux WC | | |
| Soins Palliatifs | | Continence | | |
| Autre | | Se nourrir | | |

Troubles cognitifs (mémoire) : oui non **Troubles de l'humeur** : oui non

Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur :

Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires :

Date :

Nom de l'établissement (CTR ou autre): Etablissements hospitaliers du Nord Vaudois

Gestion des admissions CTR: T: 024 442 61 20 F: 024 442 62 10 Mail: admissionsctr@ehnv.ch

Le patient n'a pas le choix du site. L'admission est planifiée selon la disponibilité des lits à Chamblon et à Orbe. Le refus de la place proposée signifie la sortie du patient.

Entrée souhaitée dans l'établissement (CTR ou autre) dès le :

Timbre et signature du service du médecin-conseil

Retour dans les 48 h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée.

Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :

Accepté

Refusé

Date :



| Patient (Etiquette moyenne) | | Projet de sortie après CTR | | | | | | | |
|---|-----------|----------------------------|-----------|------------|-------------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|
| Nom : | | Domicile | | | | | | | |
| Prénom : | | Placement | | | | | | | |
| Date de naissance : | | Dom. d'un proche | | | | | | | |
| | | Autre | | | | | | | |
| Situation à domicile : Vit seul(e) oui non | | Sort du domicile | | oui non | | | | | |
| Aide par la famille : oui non | | | | | | | | | |
| CAT : oui non | | Connu(e) du OSAD de : | | | | | | | |
| Si oui cocher « F » pour Famille et / ou OSAD | | | | | | | | | |
| Finance | F OSAD | Ménage | F OSAD | Lessive | F OSAD | Commissions | F OSAD | Repas | F OSAD |
| Habillage | F OSAD | Médicaments | F OSAD | Téléalarme | OUI NON | Contrôle santé | F OSAD | Toilette | F OSAD |
| Divers : | | | | | | | | | |
| Chimiothérapie en cours (même orale) : oui non | | | | | | | | | |
| Radiothérapie en cours : oui non | | | | | | | | | |
| Dialyse : oui non Si oui, fréquence : LU MA ME JE VE SA | | | | | | | | | |
| Autre RDV médical déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle,...) : oui non | | | | | | | | | |
| Systèmes : | | | | | | | | | |
| NEURO : Aphasie Agitation Désorientation Risque de fugue Agressivité | | | | | | | | | |
| RESP. : O2 Trachéo BPAP ou CPAP | | | | | | | | | |
| DIGESTIF : SNG PEG Colostomie Régime spécial : | | | | | | | | | |
| RENAL : SV Urostomie Incontinence Sonde sus pubienne | | | | | | | | | |
| LOCOMOTEUR : Cannes TTB Chaise roulante Seul Avec aide | | | | | | | | | |
| Mob en charge partielle Mob en décharge complète | | | | | | | | | |
| Matelas dynamique à air Hill Rom | | | | | | | | | |
| EQUIPEMENT : Venflon : Dte Gche Gripper sur port-a-cath. Voie veineuse centrale | | | | | | | | | |
| Redon Penrose | | | | | | | | | |
| Troubles auditifs : oui non Troubles visuels : oui non | | | | | | | | | |
| Médecin de famille, traitant : | | | | | Médicaments : feuille annexe | | | | |
| Résumé de situation (IDL) | | | | | | | | | |

Médicale

Infirmière

