

Demande de séjour pour réadaptation stationnaire

B Clinique Bernoise Montana
Admissions
m Imp. Palace Bellevue 1
3963 Crans-Montana

Tél. 027 485 52 88
Fax 027 785 52 95
(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:
Fax : **027 485 52 79** 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
- 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 :

- Risque suicidaire
- Organismes multirésistants (MRSA, VRE, ...)
- Isolement :
- Si oui, lesquels :

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

Remarques :

DONNÉES DE CONTACT

Médecin / Hôpital envoyeur : N° Tél. Médecin :

N° Tél. Soins :

Lieu et date : Timbre / Signature