

## 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

**Diagnostiques 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