

**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 :	
<b><u>Caisse mal :</u></b>	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): N°de tél : 021 799 08 88**

**Hôpital de Lavaux Bureau des admissions CTR**

**lavsecretariatmedical@hopitaldelavaux.ch**

**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 : <b>Vit seul(e)</b> oui non		Sort du domicile		oui non					
Aide par la famille : oui non									
CAT : oui non		Connu(e) du OSAD de :							
<b>Si oui cocher « F » pour Famille et / ou OSAD</b>									
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
<b>Divers :</b>									
<b>Chimiothérapie</b> en cours (même orale) : oui non									
<b>Radiothérapie</b> en cours : oui non									
<b>Dialyse</b> : oui non Si oui, fréquence : LU MA ME JE VE SA									
<b>Autre RDV médical</b> déjà planifié (consultation spécialisée, contrôle,...) : oui non									
<b>Systèmes :</b>									
<b>NEURO :</b> Aphasie Agitation Désorientation Risque de fugue Agressivité									
<b>RESP. :</b> O2 Trachéo BPAP ou CPAP									
<b>DIGESTIF :</b> SNG PEG Colostomie Régime spécial :									
<b>RENAL :</b> SV Urostomie Incontinence Sonde sus pubienne									
<b>LOCOMOTEUR :</b> Canes TTB Chaise roulante Seul Avec aide									
Mob en charge partielle Mob en décharge complète									
Matelas dynamique à air Hill Rom									
<b>EQUIPEMENT :</b> Venflon : Dte Gche Gripper sur port-a-cath. Voie veineuse centrale									
Redon Penrose									
<b>Troubles auditifs :</b> oui non <b>Troubles visuels :</b> oui non									
Médecin de famille, traitant :					<b>Médicaments :</b> feuille annexe				
Résumé de situation (IDL)									

Médicale

Infirmière

