

IDENTITÉ PATIENT

À retourner au mail suivant : admission@clinique-maisonneuve.ch

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Email : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° téléphone privé : _____
État civil : _____ Sexe : H F
Assurance de base : _____ Assurance complémentaire : _____
Catégorie assurance : Privé SP Base N° AVS : _____
Maladie : Accident :
Nom et téléphone de la personne de contact : _____
Médecin traitant : _____
Entrée souhaitée le : ____ / ____ / ____

HÔPITAL/CLINIQUE DE PROVENANCE

Hôpital/Clinique de provenance : _____ Service : _____
Médecin envoyeur : _____ Téléphone : _____
Diagnostic principal : *(si intervention chirurgicale, merci de préciser la date et le type de chirurgie)*

Comorbidités et antécédents :

Liste des médicaments en cours (ou joindre une copie du traitement actuel)

Motif du séjour :

Réadaptation gériatrique Réadaptation musculo-squelettique Réadaptation médecine interne/oncologie

Situation à domicile :

Vit seul(e) : Oui Non | Soins à domicile : Oui Non
Famille : Oui Non | EMS : Oui Non

Objectif en fin de séjour de réhabilitation :

RAD seul(e) RAD avec l'aide des proches Autre : _____
 RAD avec encadrement soignant Projet EMS

Le patient doit être capable de pouvoir adhérer au projet thérapeutique de réhabilitation afin d'atteindre ses objectifs.

Nom et prénom du patient : _____

Niveau actuel de dépendance :

	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Continence				
Toilette				
Habillage				
Se nourrir				

Alimentation :

Poids (kg) : _____

Taille (cm) : _____

Texture normale

Troubles de la déglutition

Texture spécifique

Risque de dénutrition

Alimentation artificielle

Autre (précisez) : _____

Troubles cognitifs :

Oui

Non

Si oui, précisez :

Légers

Modérés

Sévères

Type :

Désorientation TS

Risque d'agressivité

Trouble de la mémoire

Risque suicidaire

Risque de fugue (*⚠ notre établissement n'est pas adapté à des patients présentant un risque de fugue*).

Mesures additionnelles (isolement) :

Contact

Gouttelette

Protecteur

Mobilisation :

Transferts :

Autonome

Avec l'aide d'un soignant

Sous supervision

Disque de transfert

Charge :

Totale

Partielle : _____ Kg

Décharge stricte

Atelle : _____

Si chirurgie, date du 1er lever : _____

Risque de chute :

Oui

Non

Moyens auxillaires :

CAP/Taurus

Verticalisateur/Cygogne

Releveur de jambe

Rollator

Fauteuil roulant

Si oui, précisez : Droite Gauche

Cannes

Cadre de marche

Périmètre de marche approximatif : _____ mètres

Equipements :

Sonde, si oui laquelle : _____

O2, si oui précisez le débit et cible : _____

PICC Line, gripper

CPAP, aérosol

VAC

Drains, si oui précisez : _____

Matelas air

Stomie, si oui précisez : _____

Traitement en cours :

Chimiothérapie

Dialyse

Radiothérapie

Autre : _____

Pansement :

Localisation : _____

Protocole : _____

Prochains rendez-vous médicaux planifiés :
