

**IDENTITÉ PATIENT**

À retourner au mail suivant : [admission@clinique-maisonneuve.ch](mailto: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° : \_\_\_\_\_  
Maladie :  Accident :  AVS  
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
- Texture spécifique
- Alimentation artificielle
- Troubles de la déglutition
- Risque de dénutrition
- 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
- Goutelette
- 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  Droite  Gauche
- Rollator  Fauteuil roulant
- 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 :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_