

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

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

Si oui, précisez 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 :

