

# Demande d'admission en hôpital de réadaptation

(demandeur externe au RHNe)

Valable également comme demande de garantie préalable au médecin conseil de l'assurance maladie (annexe 1, ch.11 OPAS), envoyer par mail, dûment complétée et signée, aux cadres Flux de réadaptation du RHNe

Département des soins  
Cadres Flux Réadaptation  
Tél. 032.713.35.58  
mail : [cadresfluxdereadaptation@rhne.ch](mailto:cadresfluxdereadaptation@rhne.ch)

Réadaptation neurologique  
Réadaptation musculo squelettique  
Réadaptation pulmonaire

Réadaptation médecine / oncologique  
Réadaptation gériatrique

No patient RHNe

<b>Nom</b> .....	<b>Téléphone privé</b> .....	<b>Assurance</b>
<b>Prénom</b> .....	<b>Téléphone mobile</b> .....	commune
<b>Date de naissance</b> .....	<b>Caisse maladie</b> .....	1/2 privée
<b>Adresse</b> .....	<b>No d'assurance</b> .....	privée
<b>Localité</b> .....	<b>Caisse complémentaire</b> .....	<b>Genre</b>
<b>Sexe</b> masculin        féminin	<b>No d'assurance</b> .....	maladie
		accident
<b>Médecin demandeur</b> .....	<b>Provenance du patient</b>	<b>Domicile</b>
<b>Téléphone :</b> .....		<b>Hospitalisé depuis le</b> .....
		<b>Durée de séjour demandée</b> .....
		<b>Transfert souhaité dès le</b> .....

Diagnostic principal / problème(s) actif(s) / date et type d'intervention

Comorbidités pertinentes pour cette demande

Besoin en ergothérapie, physiothérapie, logopédie

**Profil de l'autonomie :**

Manger et boire	Autonome	Aide	dépendant	Orienté dans le temps	oui	non
Se laver	Autonome	Aide	dépendant	Orienté dans l'espace	oui	non
Se vêtir	Autonome	Aide	dépendant	Troubles du langage	oui	non
Mobilisation /changement de position	Autonome	Aide	dépendant	Troubles cognitifs	oui	non
Mobilisation / marche	Autonome	Aide	dépendant	Troubles de l'humeur	oui	non
Continence vésicale	oui	non				
Continence anale	oui	non				

**Cas de neuroréhabilitation**

Troubles moteurs	oui	non	.....	Troubles de la conscience	oui	non	.....
Troubles de l'équilibre	oui	non	.....	Troubles neuropsychologiques	oui	non	.....
Troubles de la coordination	oui	non	.....	Troubles de la déglutition	oui	non	.....
Troubles sensitifs	oui	non	.....	Troubles sphinctériens	oui	non	.....
Capacité à coopérer au traitement	oui	non	partiellement	agitation	agressivité	fugue	

**Cas de réhabilitation pulmonaire**

**Diagnostic principal**      BPCO                      Asthme                      Fibrose pulmonaire                      HTP                      Autre : .....

**Dernières données fonctionnelles (date) :** .....

VEMS(% du prédit) : \_\_\_\_\_ %                      Saturation en O2 : \_\_\_\_\_ %                      PaO2 : \_\_\_\_\_                      PaCO2 : \_\_\_\_\_

**Traitements respiratoires :**

Oxygénothérapie, débit                      VNI                      CPAP                      Traitements inhalés

**Buts de l'hospitalisation**

Réhabilitation respiratoire (2x60min par jour)                      Contrôle ventilation                      Pré-opératoire  
Mise au point pneumologie                      Prise en charge nutritionnelle                      Post-opératoire

**Remarques**

**Objectifs du séjour**

**Physiothérapie :**

Réadaptation musculo-squelettique  
 Réadaptation à la marche  
 Réadaptation respiratoire  
 Sevrage O2

**Ergothérapie :**

Réadaptation ergo  
 Évaluation de l'autonomie  
 Bilan chute

**Nutrition**

Reconditionnement / nutrition

**Neuropsychologie /logopédie:**

Réadaptation neuropsychologique  
 Réadaptation logopédique  
 Réadaptation neurologique

**A visée thérapeutique**

Apprentissage colostomie  
 Antalgie

**Bilan / réadaptation gériatrique**

Évaluation Gériatrique Globale

Évaluation du potentiel de récupération      mauvais      moyen      bon  
 Projet de retour pour le patient      domicile      domicile avec aide      UAT      EMS      Transfert vers un autre hôpital

**Isolément**      MRSA      BLSE      Pseudomonas      Immunosuppression      Autre:  
**Mesures additionnelles de préventions de l'infection**      non      oui      contact      aérosol      gouttelettes

**Informations complémentaires**

Voie veineuse centrale ..... Matelas anti-escarre .....  
 Dialyse ..... Stomie .....  
 Fréquence .....  
 Lieu :      Pourtalès      Chaux-de-Fonds

**Allergie(s)** \_\_\_\_\_

**Moyens auxiliaires**      béquilles      déambulateur      chaise roulante      Autres \_\_\_\_\_

**Remarque(s)**

**Situation de vie avant l'épisode de soins**

vit seul(e)      en couple      vit avec des proches      vit en home \_\_\_\_\_  
 appartement protégé      logement      maison individuelle  
 Nombre d'étages \_\_\_\_\_      Escalier      oui      non      Ascenseur      oui      non

**Aide professionnelle existante avant l'hospitalisation**

Aide pour la toilette      oui ..... fois / .....      Soins infirmiers      oui ..... fois / .....  
 Aide au ménage      oui ..... fois / .....      Service sociale externe      oui ..... fois / .....

**Remarques**

Date : \_\_\_\_\_      No RCC \_\_\_\_\_      Signature médecin demandeur \_\_\_\_\_