

Demande d'admission en hôpital de réadaptation émise par un demandeur externe à l'HNE

Valable également comme demande de garantie préalable au médecin conseil de l'assureur maladie (annexe 1, ch. 11 OPAS), à faxer, dûment complétée et signée, au cadre de Flux de réadaptation de l'HNE fax 032 967 26 44

Réadaptation neurologique Réadaptation médecine interne Réadaptation musculo squelettique Réadaptation gériatrique

Patient		N° patient HNE	
Nom	.....	Téléphone privé	.....
Prénom	.....	Téléphone mobile	.....
Date de naissance	.....	Caisse maladie / accident	.....
Adresse	.....	N° d'assurance	.....
Localité	.....	Caisse complémentaire	.....
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	N° d'assurance	.....
Médecin demandeur	.....	Provenance patient <input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Hospitalisé depuis le
Téléphone		<input type="checkbox"/> Durée de séjour demandée
Diagnostic principal / problème(s) actif(s) / date et type d'intervention	.....		Transfert souhaité dès le
		

Comorbidités pertinentes pour cette demande

Pourquoi le traitement ne peut-il être poursuivi en ambulatoire ?

Profil de l'autonomie

Manger et boire	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> dépendant	Orienté dans le temps	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se laver	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> dépendant	Orienté dans l'espace	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se vêtir	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> dépendant	Troubles du langage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mobilisation / changement de position	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> dépendant	Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mobilisation / marche	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> dépendant	Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Continence vésicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Remarque(s)	.....
Continence anale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Cas de neuroréhabilitation

Troubles moteurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles de la conscience	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles neuropsychologiques	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles de la coordination	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles sensitifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Troubles sphinctériens	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Capacité à coopérer au traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiellement <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> agressivité <input type="checkbox"/> fugue		

Objectifs du séjour

Objectif(s) du séjour	<input type="checkbox"/> suite de traitement médical	<input type="checkbox"/> évaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/> reconditionnement-nutrition
	<input type="checkbox"/> bilan gériatrique	<input type="checkbox"/> réadaptation logopédique	<input type="checkbox"/> réadaptation neuropsychologique
	<input type="checkbox"/> réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/> réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/> réadaptation musculo-squelettique
Evaluation du potentiel de récupération	<input type="checkbox"/> mauvais <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> bon		
Projet de retour pour le patient	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> domicile avec aide <input type="checkbox"/> unité accueil temporaire		

Date N° RCC Signature du médecin demandeur

Réservé au médecin-conseil de l'assurance maladie

Préavis à retourner par le médecin-conseil au cadre de Flux par fax au 032 967 26 44 (dès le 1 février 2018) ou par e-mail cadresdefluxdereadaptation@h-ne.ch

Pour tous renseignements médicaux complémentaires, s'adresser au médecin demandeur au numéro de téléphone indiqué ci-dessus.

Préavis accepté refusé (motiver par lettre séparée) Sans retour de réponse dans les 48h, l'admission est considérée comme acceptée.

Durée de séjour acceptée jours Date Visa



Demande d'admission en hôpital de réadaptation

Informations complémentaires

Patient

Nom
 Prénom
 Date de naissance

Si l'établissement sanitaire externe :
 Tél. de l'unité de soins
 Unité d'hospitalisation en lits A

Traitements ou matériel spécifiques à prévoir

Voie veineuse périphérique
 Voie veineuse centrale
 Nutrition parentérale
 Port-à-cath
 Sonde naso-gastrique (SNG)
 Gastrostomie (PEG)
 Alimentation entérale
 Pompe à nutrition
 Régime alimentaire
 Sonde vésicale
 Moyens auxiliaires
 béquilles déambulateur chaise roulante
 autre

Matelas anti-escarre
 Oxygénothérapie
 Aérosolthérapie
 Insulinothérapie
 Antibiothérapie
 Traitement hors liste
 Stomie
 Pansement
 Allergie oui non

Remarque(s) (comprenant aussi les éventuels besoins en ergothérapie, physiothérapie, logopédie, etc.)

Mesures additionnelles de prévention de l'infection contact aérosol gouttelettes

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 Escaliers oui non Ascenseur oui non

Aide professionnelle existante avant l'hospitalisation

Aide pour la toilette oui fois / Aide aux achats oui fois /
 Aide au ménage oui fois / Soins infirmiers oui fois /
 Livraison de repas à domicile oui fois / Service social externe oui fois /

Remarques

Réservé à HNE cadre de Flux de réadaptation

Création Polypoint Dis ok Site Le Locle Information patient / famille Organisation VSL
 Fax sur le site d'accueil ok Val-de-Ruz médecin demandeur du transport ambulance
 Date envoi méd. conseil ICUS / équipe proches
 Date d'admission paramédicaux autre
 Heure d'entrée
 Date report
 Motif du report
 Approbation médicale le Convocation du patient écrite Date
 Nom / visa téléphonique Visa