

Téléphone Neuroréhabilitation: 032 338 43 38  
Téléphone Parkinson: 032 338 41 39  
Téléphone Epileptologie: 032 338 41 36  
E-Mail: pataufnahme@rehaklinik-tschugg.ch

<input type="radio"/> <b>Neuroréhabilitation</b>	<input type="radio"/> <b>Parkinson</b>	<input type="radio"/> <b>Épileptologie</b>
Entrée souhaitée:		Durée Prévue du séjour:

Langue: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> F <input type="radio"/> I <input type="radio"/> autre :	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> D (Divers)
Nom :	Prénom :
No AVS :	Date de naissance :
Adresse :	CP/Lieu :
Tél. :	
Caisse maladie/Assurance :	No d'assuré :

Catégorie: <input type="radio"/> privé <input type="radio"/> semi-privé <input type="radio"/> commune <input type="radio"/> complément d'assurance toute la CH <input type="radio"/> maladie <input type="radio"/> accident Médecin traitant:
---

**Diagnostic:** (si plusieurs diagnostics, veuillez joindre s.v.p. la liste complète des diagnostics)

**Motif d'hospitalisation:**

**Épileptologie:** ☐ Diagnostic complexe ☐ Traitement complexe ☐ Phase préchirurgicale I

**Réhabilitation** Déficit de fonctionnalité:

☐ Aucune particularité  
☐ Clostridien ☐ SIDA ☐ Hépatite A/B/C/D ☐ BLSE ☐ MRSA  
 Autres Isolements:

☐ désoriente/delirant ☐ besoin de surveillance continue/surveillance du nuit  
☐ besoin de fixation ☐ agressif

**Troubles de déglutition?** ☐ non ☐ oui  
**Forme d'alimentation :** ☐ privation de nourriture par voie orale ☐ nourriture en purée (IDDSI 4)  
☐ Aliments mous et broyés (IDDSI 6) ☐ Coûts normaux (IDDSI 7)  
**Spécialités :**  
☐ Trachéostoma ☐ Sonde PEG ☐ Sonde naso-gastrale ☐ Nutrition par sonde  
☐ Alimentation avec de l'aide

**Forme d'alimentation :** Alimentation normale avec produits animaux ? ☐ nein ☐ ja  
 Allergies, spécialités :

**Troubles du langage?** ☐ non ☐ oui

**Médication actuelle (p.o./i.v./p.a.):**

☐ i.v. thérapie antibiotique pendant le séjour est nécessaire

**Informations complémentaires:**

☐ Dialyse    ☐ Chimiothérapie    ☐ Radio-Chimiothérapie    ☐ Thérapie immunitaire

**Profil de l'autonomie:**

Patient: ☐ est alité    ☐ besoin de l'aide pour se lever/toilette  
Se déplacer: ☐ libre ☐ béquilles ☐ déambulant ☐ chaise roulant ☐ risque de chute  
Manger et boire: ☐ autonome ☐ exige de l'aide ☐ dépendant  
Se laver: ☐ autonome ☐ exige de l'aide ☐ dépendant  
S'habiller: ☐ autonome ☐ exige de l'aide ☐ dépendant  
Chang. lit, chaise roulant: ☐ autonome ☐ exige de l'aide ☐ dépendant  
Capacité de charge: ☐ illimitée ☐ légèrement limitée ☐ très limitée  
Seulement sclérose en plaques, l'échelle EDSS:

**Rejets anthropiques:**

☐ Incontinence anale    ☐ Incontinence vésicale  
☐ Stoma    ☐ Zystofix    ☐ Cathéter permanent    (☐ transurétral    ☐ suprapubique)

**Informations complémentaires de soins:**

☐ CVC    ☐ Port à Cath    ☐ CRAP-Thérapie    ☐ escarre    ☐ Pansement VAC

**Situation sociale:**

☐ vit avec personne référence    ☐ vit seule    ☐ vie dans une maison de retraite ou un home médicalisé  
☐ travaille    ☐ dans un cadre protégé

**But de séjour:**

☐ mobilisation    ☐ amélioration de la qualité de vie    ☐ mobilisation lit-chaise roulante  
☐ adaptation moyens auxiliaires    ☐ utilisation moyens auxiliaires    ☐ gérer et surmonter la maladie  
☐ simulation et amélioration de l'autonomie (gérer charge partiel/mobilité réduite)  
☐ préparation du patient au retour chez lui ☐ avec de l'aide ambulatoire (p.ex. Spitex) ☐ sans aide amb.  
☐ adaptation de la médication    ☐ thérapies ambulatoires sont épuisées  
☐ intensité de thérapie nécessaire n'est pas possible en ambul.

Admission dans un EMS après la sortie? ☐ oui ☐ non    Inscript: ☐ oui ☐ non

Le patient a été informé du séjour de réhabilitation et les buts de la réhabilitation: ☐ oui

médecin assignant:

Institution:

Adresse:

CP/Lieu:

Tél. (direct):

Personne de contact (si n'est pas médecin assignant):

Nom/Prénom:

Tél.:

1 Exemplar à:

- **Admission des patients, Rehaklinik Tschugg**  
(comme demande d'admission)
- **Le demande pour la garantie de prise en charge doit être envoyé directement par le médecin assignant au médecin-conseil de l'assureur maladie**  
(ce document peut être utilisé comme demande pour la garantie de prise en charge)

Veuillez s.v.p. nous envoyer par E-Mail tous les documents tels que le rapport de sortie, les résultats des divers examens ainsi que les images et rapports de radiologie **avant** à l'admission des patients: [pataufnahme@rehaklinik-tschugg.ch](mailto:pataufnahme@rehaklinik-tschugg.ch).