

Demande de garantie préalable au **médecin-conseil de l'assureur-maladie** (annexe 1, chiffre 11 OPAS)

- Ce formulaire est en 2 pages : **Page 1** à envoyer par fax avant l'admission au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie. **Page 2** (version générique ou version neuro-réhabilitation) est destinée uniquement aux divisions B pour leur usage interne.
- En ce qui concerne les demandes de **soins palliatifs**, n'envoyez pas ce formulaire à l'assureur : l'accord du médecin-conseil n'est pas requis.
- Le service du médecin-conseil de l'assureur-maladie répond par retour de fax dans les 48h, sans indiquer de délai de garantie.

<i>(Etiquette)</i>		
<u>Patient</u> :		
<u>Nom</u> :	<u>N° de patient</u> :	<u>Date d'entrée</u> :
<u>Prénom</u> :	<u>Sexe</u> :	<u>Heure</u> :
<u>Adresse</u> :	<u>Date naissance</u> :	<u>Date de sortie</u> :
<u>Domicile</u> :		<u>Heure</u> :
	<u>Cas</u> :	
	<u>Service</u> :	
	<u>Catégorie</u> :	
<u>Répondant</u> :		
<u>N° caisse</u> :		
<u>Nom</u> :		
<u>Adresse</u> :		
Diagnostic principal / Date et type d'intervention		
Comorbidités pertinentes pour cette demande		
But du séjour		Niveau actuel de dépendance
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Seul Aide
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Toilette <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	Habillage <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Transfert hors lit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	Aller aux WC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soins Palliatifs	<input type="checkbox"/>	Contenance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	Se nourrir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs (mémoire) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Troubles de l'humeur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur :		
Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires :		
Date :		
Nom de l'établissement:		
HOPITAL RIVIERA		
Admissions CTR RIVIERA		
Tel : 021 943 94 08		
Fax : 021 943 94 39		
Entrée souhaitée dans l'établissement (CTR ou autre) dès le :		
Timbre et signature du service du médecin-conseil		
Retour dans les 48 h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée.		
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :		
accepté <input type="checkbox"/>		refusé <input type="checkbox"/>
Date		

Patient (*Etiquette*)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Projet sortie après CTR		Divers			
domicile	<input type="checkbox"/>	chaise	<input type="checkbox"/>	colostomie	<input type="checkbox"/>
placement	<input type="checkbox"/>	TTB	<input type="checkbox"/>	pansement	<input type="checkbox"/>
dom. proche	<input type="checkbox"/>	cannes	<input type="checkbox"/>	sonde	<input type="checkbox"/>
court séjour	<input type="checkbox"/>	O2/aérosols	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>	régime ?			

Situation à domicile Vit seul(e) oui non Sort du domicile oui non

Aidé(e) par la famille oui non

Connu(e) du CMS de :

Si oui : souligner famille et / ou entourer CMS

finances - ménage - lessive - commissions - repas - toilette -habillage - médicaments - téléalarme - contrôle santé

Laissez vide pour usage interne du CTR svp

Date d'entrée le :

Unité/Chambre :

Médecin de famille, traitant :

Antécédents, faits marquants :

Médicaments :