

Annexe 3B/3C : Formulaire de demande d'admission en Division B

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 3B ou version neuro-réhabilitation 3C) 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.

| | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|
| Patient : | | |
| <u>Nom</u> : | <u>N° de patient</u> : | <u>N° de séjour</u> : |
| <u>Prénom</u> : | <u>Sexe</u> : | <u>Date d'entrée</u> : |
| <u>Adresse</u> : | <u>Date naissance</u> : | <u>Heure</u> : |
| | <u>Cas</u> : | |
| | <u>Service</u> : | |
| | <u>Catégorie</u> : | |
| <u>Tél.privé</u> : | | |
| Payeur principal : | | |
| <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="radio"/> | Seul |
| Réadaptation AVQ | <input type="radio"/> | Aide |
| Reconditionnement – renutrition | <input type="radio"/> | Toilette |
| Evaluation de l'autonomie | <input type="radio"/> | Habillage |
| Suite de traitement | <input type="radio"/> | Transfert hors lit |
| Soins Palliatifs | <input type="radio"/> | Aller aux WC |
| Autre | <input type="radio"/> | Contenance |
| | | Se nourrir |
| Troubles cognitifs (mémoire) : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> Troubles de l'humeur : oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> | | |
| Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur : | | |
| | | |
| Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires : | | |
| | | |
| Date : | | |
| Nom de l'établissement* (CTR ou autre) : | | N° de fax : |
| CUTR Sylvana | | |
| Ch. de Sylvana | | |
| 1066 Epalinges | | |
| *(ou service CHUV pour attente d'orientation en CTR) | | |
| 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 : | | |
| <input type="radio"/> accepté <input type="radio"/> refusé | | |
| Date : | | |



Annexe 3B/3C : Formulaire de demande d'admission en Division B

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de séjour :

| Projet sortie après CTR | | Divers | |
|-------------------------|-----------------------|-------------|---|
| Domicile | <input type="radio"/> | Chaise | <input type="radio"/> |
| Placement | <input type="radio"/> | Colostomie | <input type="radio"/> |
| Dom. proche | <input type="radio"/> | TTB | <input type="radio"/> |
| Court séjour | <input type="radio"/> | Cannes | <input type="radio"/> |
| Autre | <input type="radio"/> | O2/aérosols | oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> |
| | | 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 :

