

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADMISSION

CONFIDENTIEL

A compléter en caractères d'imprimerie ou dactylographier – envoyer par fax ou par e-mail

À l'attention du médecin conseil – confidentiel

Données sur le patient

Nom, prénom : Sexe: M F

Date de naissance :

Assurance mal. de base:

Complémentaire – privée:

Assurance accident:

Diagnostic principal:

Comorbidités pertinentes:

Traitements (médicaments, régimes, etc.):

Anamnèse actuelle motivant la demande:

Projets d'hospitalisation (plusieurs réponses possibles) :

Réadaptation musculo-squelettique

Réadaptation psychosomatique

Réadaptation oncologique

Réadaptation autre:

Réadaptation aux AVQ

Reconditionnement

Soutien psychologique - Eloignement des facteurs de stress

Renutrition - Traitement des troubles du comport. alimentaire

Prise en charge de la douleur (douleurs chroniques)

Sevrage – Traitement de dépendance(s)

Suite de traitement médical impossible en ambulatoire

Durée de séjour: 15 jours 21 jours autre (préciser):

Date d'entrée souhaitée dès le:

Médecin envoyeur

Timbre

N° de tél.:

Date et signature:

Décision du médecin conseil

A compléter par l'assurance et retourner par fax ou e-mail:
027 485 65 02 / contact-cgm@hcuge.ch

Accepté selon convention tarifaire en vigueur pour..... jours

Refusé, motif(s):

Date et signature:



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Clinique de Crans-Montana, médecine interne de réhabilitation
Impasse Clairmont 2, 3963 Crans-Montana
Service des admissions: T 027 485 61 22, F 027 485 65 02
E-mail: admissions.cgm@hcuge.ch

Données complémentaires sur le patient

Nom, prénom :

Adresse légale

Tél. privé :

Rue, n°

Tél. mobile :

Complément de rue

E-mail :

NPA, Localité

Canton :

Etat civil : **Nationalité :** **Profession :**

Autres médecins impliqués dans la prise en charge du/de la patient(e) :

.....

Répondant service social / Tél. :

Répondant soins à domicile / Tél. :

Dépendances

OH BZD Tabac Autre :

Risque infectieux

MRSA BLSE CPE Autre :

Degré d'autonomie

Indépendant Semi-dépendant Dépendant

Moyens auxiliaires

Fauteuil électr. Chaise roulante Rollator Cannes/autres:

Appareil respiratoire

CPAP O2 débit : l/mn Autre :

Besoins nutrition

PEG SNG Bypass Autre :

Lieu de retour prévu :

Domicile avec famille sans assistance avec assistance

Domicile seul sans assistance avec assistance

Etablissement de soins EMS Foyer

Renseignements complémentaires utiles à la prise en charge :

.....

Médecin envoyeur :

N° de tél. :

Date :

.....