

# Formulaire de demande d'admission en Lits B

Demande de garantie préalable au médecin-conseil de l'assureur-maladie (annexe 1, chiffre 11 OPAS)  
Gestion du Flux des Patients ( Lundi à Vendredi - de 8h à 16h)

Billens	Tél : 026 / 919 94 69	Fax : 026 / 426 76 33
Châtel-St-Denis	Tél : 026 / 919 94 70	Fax : 026 / 919 95 06
Meyriez/Murten	Tél : 026 / 494 44 33	Fax : 026 / 494 44 31

Patient	Assureur répondant	HFR (*)		
Nom :	Nom :	Châtel	Billens	Meyriez Murten
Prénom :	Langue : Français <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MG	<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> RG
H / F :	Classe :	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> RR	<input type="checkbox"/> MG
Adresse :	N° assuré :		<input type="checkbox"/> RCV	<input type="checkbox"/> SP
Domicile :			<input type="checkbox"/> Stat.	
Date de naissance :			<input type="checkbox"/> Ambul.	
<small>HFR (*) RG = Réadaptation Générale RR = Réadaptation Respiratoire RCV = Réadaptation Cardio-Vasculaire MG = Médecine Gériatrique SP = Soins Palliatifs</small>				
Diagnostic principal / Date de l'événement :				
Co-morbidités :				
<b>But du séjour</b>		<b>Profil de l'autonomie</b>		
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Dépendant		
Reconditionnement - Renutrition	<input type="checkbox"/>	Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge douleurs	<input type="checkbox"/>	Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation Respiratoire	<input type="checkbox"/>	Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation Cardio-Vasculaire	<input type="checkbox"/>	Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Particularité(s)		
Troubles de l'humeur : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :				
Troubles cognitifs : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Si oui, préciser :				
Régime alimentaire :		Moyens auxiliaires :		
Transport :			Isolement :	
<input type="checkbox"/> libre <input type="checkbox"/> chaise <input type="checkbox"/> brancard	<input type="checkbox"/> matelas anti-escarre	<input type="checkbox"/> 0°	<input type="checkbox"/> aérosol (TBC) <input type="checkbox"/> contact (MRSA) <input type="checkbox"/> gouttelettes	
Projet de retour prévu : Domicile <input type="checkbox"/> EMS/Div. C <input type="checkbox"/> Autre :		Connu CMS : <input type="checkbox"/>		
Hôpital/Clinique/Médecin/Service envoyeur :		N° tél. / N° interne :	Personne de contact en cas de transfert :	
Date :				
Entrée souhaitée au CSR dès le				
Formulaire à communiquer par fax au site concerné, pour décision :				Timbre et signature du CSR :
Nom du CSR :		N° de fax : <b>026 / 919 95 06</b>		
Date :		Durée séjour :		
Date d'entrée en CSR :				
<b>Réponse du médecin-conseil de l'assurance</b>				Timbre et signature :
Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : accepté <input type="checkbox"/> refusé <input type="checkbox"/>				du service du médecin-conseil
Catégorie de prise en charge :				
<input type="checkbox"/> Commune <input type="checkbox"/> Confort hôtelier <input type="checkbox"/> Mi-privé <input type="checkbox"/> Privé				
Retour dans les 48 h, sinon accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée.				
Date :				