

Formulaire de demande d'admission en Division B

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

(Etiquette)**Patient :**Nom :Prénom :Adresse :Domicile :N° de patient :Sexe :Date naissance :Cas :Service :Catégorie :Date d'entrée :Heure :Date de sortie :Heure :**Répondant :**N° caisse :Nom :Adresse :Diagnostic principal / Date de l'événement
.....
.....Comorbidités
.....
.....**But du séjour****Profil de l'autonomie**

			Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>	Manger et boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Continence vésicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	Continence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Se déplacer à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de l'humeur : non oui Si oui, préciser :
.....Troubles cognitifs : non oui Si oui, préciser :
.....Projet de retour prévu : Domicile EMS/Div. C Autre.....**Hôpital/clinique/médecin/service envoyeur :**
.....

Date :/...../.....

Entrée souhaitée au CTR dès le.....**N° tél. / n° interne :**
.....**Personne de contact en cas de transfert :**
.....**Formulaire à communiquer par fax au CTR, pour décision**Timbre et signature :
du CTR**Nom du CTR :**..... **N° de fax :**.....

Date :/...../.....

Date d'entrée en CTR.....**A communiquer par fax au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie avant l'admission** (annexe 1, chiffre 11 OPAS)Timbre et signature :
du service du médecin-conseil**Nom de l'assureur :**.....Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur : accepté refusé

Retour dans les 48 h, sinon accepté

En cas de refus, motivation par lettre séparée

Date :/...../.....