

Souhait 1 ☐ **Clinique Châtelaine - Rive droite**
Souhait 2 ☐ **Avenue de Châtelaine 60-62, 1219 Genève**

Souhait 1 ☐ **Clinique Belle-Terre - Rive gauche**
Souhait 2 ☐ **Place du traité de Turin 9, 1226 Thonex**

L'ordre de souhait doit impérativement être complété

IDENTITÉ PATIENT

À retourner au mail suivant : **admission@clinique-maisonneuve.ch**

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Email : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ N° téléphone privé : _____
État civil : _____ Sexe : H ☐ F ☐
Assurance de base : _____ Assurance complémentaire : _____
Catégorie assurance : ☐ Privé ☐ SP ☐ Base N° AVS : _____
Maladie : ☐ Accident : ☐
Nom et téléphone de la personne de contact : _____
Médecin traitant : _____
Entrée souhaitée le : ____ / ____ / ____

HÔPITAL/CLINIQUE DE PROVENANCE

Hôpital/Clinique de provenance : _____ Service : _____
Médecin envoyeur : _____ Téléphone : _____

Cette demande doit être validée par le médecin du patient. (Timbre du médecin envoyeur dans la case ci-dessous) :

Diagnostic principal: (si intervention chirurgicale, merci de préciser la date et le type de chirurgie)

Comorbidités et antécédents :

Liste des médicaments en cours (ou joindre une copie du traitement actuel)

Motif du séjour :

☐ Réadaptation gériatrique ☐ Réadaptation musculo-squelettique ☐ Réadaptation médecine interne/oncologie

Situation à domicile :

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non
Famille : ☐ Oui ☐ Non

Soins à domicile : ☐ Oui ☐ Non
EMS : ☐ Oui ☐ Non

Objectif en fin de séjour de réhabilitation :

☐ RAD seul(e) ☐ RAD avec l'aide des proches ☐ Autre : _____
☐ RAD avec encadrement soignant ☐ Projet EMS

Le patient doit être capable de pouvoir adhérer au projet thérapeutique de réhabilitation afin d'atteindre ses objectifs.

Nom et prénom du patient : _____

Niveau actuel de dépendance :

	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Continence				
Toilette				
Habillage				
Se nourrir				

Alimentation :

Poids (kg) : _____ Taille (cm) : _____

☐ Texture normale

☐ Texture spécifique

☐ Troubles de la déglutition

☐ Risque de dénutrition

☐ Autre (précisez) : _____

Troubles cognitifs :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez : ☐ Légers

☐ Modérés

☐ Sévères

Type : ☐ Désorientation TS

☐ Risque d'agressivité

☐ Trouble de la mémoire

☐ Risque suicidaire

☐ Risque de fugue (⚠ notre établissement n'est pas adapté à des patients présentant un risque de fugue).

Mesures additionnelles (isolement) :

☐ Contact

☐ Goutelette

☐ Protecteur

Mobilisation :

Transferts :

☐ Autonome

☐ Avec l'aide d'un soignant

☐ Sous supervision

☐ Disque de transfert

Charge :

Totale

☐

Partielle : _____ Kg

☐

Décharge stricte

☐

Atelle : _____

Si chirurgie, date du 1er lever : _____

Risque de chute : ☐ Oui

☐ Non

Moyens auxillaires :

☐ CAP/Taurus

☐ Verticalisateur/Cygogne

☐ Releveur de jambe

☐ Rollator

☐ Fauteuil roulant

Si oui, précisez :

☐ Droite

☐ Gauche

☐ Cannes

☐ Cadre de marche

Périmètre de marche approximatif : _____ mètres

Equipements :

☐ Sonde, si oui laquelle : _____

☐ O2, si oui précisez le débit et cible : _____

☐ PICC Line, gripper

☐ CPAP, aérosol

☐ VAC

☐ Drains, si oui précisez : _____

☐ Matelas air

☐ Stomie, si oui précisez : _____

Traitement en cours :

☐ Chimiothérapie

☐ Dialyse

☐ Radiothérapie

☐ Autre : _____

Pansement :

Localisation : _____

Protocole : _____

Prochains rendez-vous médicaux planifiés :

