



Réseau
Hospitalier
Neuchâtelois

Demande d'admission en hôpital de réadaptation

(demandeur externe au RHNe)

Valable également comme demande de garantie préalable au médecin conseil de l'assurance maladie (annexe 1, ch.11 OPAS), à faxer, dûment complétée et signée, au cadre Flux de réadaptation du RHNe

Département des soins
Cadre Flux Réadaptation
Tél : 032.713.35.58
Fax : 032.967. 26 .44

Réadaptation neurologique

Réadaptation musculo squelettique

Réadaptation musculo squelettique complexe

Réadaptation gériatrique + médecine

No patient RHNe

Nom	Téléphone privé		
Prénom	Téléphone mobile		Assurance
Date de naissance	Caisse maladie		commune
Adresse	No d'assurance		1/2 privée
Localité	Caisse complémentaire		privée
Sexe masculin féminin	No d'assurance		Genre
			maladie
			accident
Médecin demandeur	Provenance du patient	Domicile	Hospitalisé depuis le
Téléphone :			Durée de séjour demandée
			Transfert souhaité dès le

Diagnostic principal / problème (s) actif(s) / date et type d'intervention

Comorbidités pertinentes pour cette demande

Besoin en ergothérapie, physiothérapie, logopédie

Profil de l'autonomie :

Manger et boire	Autonome	Aide dépendant	Orienté dans le temps	oui	non
Se laver	Autonome	Aide dépendant	Orienté dans l'espace	oui	non
Se vêtir	Autonome	Aide dépendant	Troubles du langage	oui	non
Mobilisation /changement de position	Autonome	Aide dépendant	Troubles cognitifs	oui	non
Mobilisation / marche	Autonome	Aide dépendant	Troubles de l'humeur	oui	non
Continence vésicale	oui	non	Remarque(s)		
Continence anale	oui	non			

Cas de neuroréhabilitation

Troubles moteurs	oui	non	.....	Troubles de la conscience	oui	non	.....
Troubles de l'équilibre	oui	non	.....	Troubles neuropsychologiques	oui	non	.....
Troubles de la coordination	oui	non	.....	Troubles de la déglutition	oui	non	.....
Troubles sensitifs	oui	non	.....	Troubles sphinctériens	oui	non	.....
Capacité à coopérer au traitement	oui	non	partiellement	agitation	agressivité	fugue	

Objectifs du séjour

Physiothérapie :	Ergothérapie :	Neuropsychologie /logopédie:	A visée thérapeutique
Réadaptation musculo-squelettique	Réadaptation ergo	Réadaptation neuropsychologique	Apprentissage colostomie
Réadaptation à la marche	Évaluation de l'autonomie	Réadaptation logopédique	Antalgie
Réadaptation respiratoire	Bilan chute	Réadaptation neurologique	Bilan / réadaptation gériatrique
Sevrage O ²	Nutrition		Suite de traitement médical
	Reconditionnement / nutrition		

Évaluation du potentiel de récupération	mauvais	moyen	bon
Projet de retour pour le patient	domicile	domicile avec aide	unité d'accueil temporaire
Date	No RCC		Signature médecin demandeur

RESERVE AU MEDECIN CONSEIL DE L'ASSURANCE MALADIE

Préavis à retourner par le médecin-conseil au cadre de Flux par fax au 032 967 26 44 ou par e-mail cadresdefluxdereadaptation@rhne.ch

Pour tous renseignements médicaux complémentaires, s'adresser au médecin demandeur au numéro de téléphone indiqué ci-dessus

Préavis accepté refusé (motiver par lettre séparée) sans retour de réponse dans les 48h, l'admission est considérée comme acceptée.

Durée de séjour acceptée jours Date Visa



Demande d'admission en hôpital de réadaptation

Informations complémentaires

Département des soins - Cadre Flux Réadaptation
Tél . 032.713.35.58 Fax : 032.967. 26 .44

No patient RHNe

Nom
Prénom
Date de naissance

Si établissement sanitaire externe:
Tél unité de soins
Unité d'hospitalisation en lits A

Traitements ou matériel spécifiques à prévoir

Voie veineuse périphérique
Voie veineuse centrale
Nutrition parentérale
Porth-à-cath
Sonde naso-gastrique(SNG)
Gastrostomie (PEG)
Alimentation entérale
Pompe à nutrition
Régime alimentaire
Sonde vésicale
Dialyse

Matelas anti-escarre
Oxygénothérapie
Aérosolthérapie
Insulinothérapie
Antibiothérapie
Traitement hors liste
Stomie
Pansement

Moyens auxiliaires

béquilles déambulateur chaise roulante Allergie oui non
Autres

Remarque (s)

Mesures additionnelles de préventions de l'infection non oui contact aérosol gouttelettes

Situation de vie avant l'épisode de soins

vit seul (e) en couple vit avec des proches vit en home
appartement protégé logement maison individuelle
Nombre d'étages Escalier oui non Ascenseur oui non

Aide professionnelle existante avant l'hospitalisation

Aide pour la toilette oui fois / Aide aux achats oui fois /
Aide au ménage oui fois / Soins infirmiers oui fois /
Livraison de repas à domicile oui fois / Service sociale externe oui fois /

Remarques: