

Ce questionnaire comporte 2 pages. Nous vous remercions de bien vouloir nous le retourner dûment rempli à [admissions@cliniquevalmont.ch](mailto:admissions@cliniquevalmont.ch)

## Patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

M  F Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

N° téléphone privé : \_\_\_\_\_ N° tél de contact : \_\_\_\_\_ Contact : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Assurances/Division	AOS	<input type="checkbox"/> Demi-privée	<input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> Patient payant lui-même
Nom de l'assurance	_____	_____	_____	
N° d'assuré/sinistre	_____	_____	_____	

Date d'entrée souhaitée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cas :  Maladie  Accident

Médecin/Chirurgien envoyeur : \_\_\_\_\_ N° tél direct : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

N° tél du secrétariat du médecin/chirurgien : \_\_\_\_\_ Hôpital/Clinique/Cabinet : \_\_\_\_\_

IDL de référence : \_\_\_\_\_ N° téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Lieu où se trouve le patient avant son entrée à la Clinique Valmont : \_\_\_\_\_

Médecin de famille + localité : \_\_\_\_\_

## Diagnostic(s) pour la réadaptation

Veillez svp indiquer le diagnostic pour la réadaptation :

Date de l'évènement, de l'accident et/ou de l'opération : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Diagnostic connu du patient :  Oui  Non

Isolement :  Oui \_\_\_\_\_  Non

Comorbidités :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Traitements actuels (produit, dosage, posologie) :

Suite à la page 2

## Consignes du chirurgien

Pansements (fréquence) : \_\_\_\_\_

Date ablation des sutures : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Type de thrombo-prophylaxie (durée et possibilité de Switch par NACO) : \_\_\_\_\_

## AVQ

	Autonome	Aide partielle	Aide totale
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger/Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⇒ Préciser :  Cannes  Tintébin  Fauteuil roul.  Fauteuil élect.

Autre précision AVQ : \_\_\_\_\_

## État physique

Taille : \_\_\_\_\_ cm

Poids : \_\_\_\_\_ kg

## État cutané

Escarres Localisation/soins : \_\_\_\_\_

Plaie à protocole particulier  Matelas à air

## État psychologique

Sans particularité  Adéquat/stabilité émotionnelle

Apathique/dépressif  Agressif/euphorique  Démence

Risque de fugue  Autre : \_\_\_\_\_

## Orientation

Bonne

### Spatiale

Désorientation

Orientation partielle

### Temporelle

Désorientation

Orientation partielle

## Communication

Bonne  Aphasie

### Compréhension

Impossible

Partiellement atteinte

### Expression

Impossible

Partiellement atteinte

## Mémoire

Bonne

(Aptitude à conserver et/ou retrouver une information)

Difficultés importantes

Difficultés modérées

## Résolution de problèmes

Indépendance

(Organisation, prises de décisions, etc.)

Assistance totale

Dépendance partielle

## Élimination

Incontinence  Urinaire  Fécale  Non

Sonde  Oui  Non

Si oui, préciser laquelle : \_\_\_\_\_

**Troubles déglutition**  Oui  Non

Si oui, préciser la texture : \_\_\_\_\_

Sonde  Oui  Non

Si oui, préciser laquelle : \_\_\_\_\_

Régime particulier  Oui  Non

Si oui, préciser lequel : \_\_\_\_\_

## Respiration

Normale  O2 : \_\_\_\_ l/min  CiPAP  BiPAP

## Mode de vie et projet social

Habitat : \_\_\_\_\_

Entourage familial et social : \_\_\_\_\_

Devenir social : \_\_\_\_\_

## **Nous vous prions de bien vouloir nous envoyer les documents suivants avant l'admission :**

DMT à la sortie ou lettre de sortie provisoire ou définitive

Protocole opératoire

Imagerie, dernier laboratoire, ECG si disponible

Consignes de physiothérapie

DMST

Directives anticipées

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature du médecin envoyeur avec timbre :