

Clinique Le Noirmont (fax : 032 953 17 02)

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

Patient :Nom : Date de naissance : N°RCC : W 7184.26Prénom : Sexe : Langue :Adresse :Domicile :No de téléphone : Classe : Commune Demi-Privé Privé**Répondant :**N° d'assuré :Nom :Adresse :**Provenance du patient** : domicile hôpital**Diagnostic principal (selon OPAS, Ann. 1 Ch. 11)****Diagnostic détaillé****Date de l'événement aigu** :**Réadaptation**

- cardiovasculaire maladies artérielles périphériques neurovasculaire psychosomatique, et troubles cardiaques fonctionnels invalidants troubles du métabolisme (obésité morbide, diabète)
- oncologique médecine interne

Comorbidité		Profil de l'autonomie				
			Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Malvoyant	<input type="checkbox"/>	Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie IV	<input type="checkbox"/>	S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinothérapie	<input type="checkbox"/>	Se déplacer en chambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient possède un CPAP	<input type="checkbox"/>	Chaise roulante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besoin d'O2	<input type="checkbox"/>	Cannes / déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Divers à préciser :**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 :	N° tél. / n° interne :	Personnel infirmier à contacter en cas de transfert :
.....	No tél service infirmier
Date : / /

Entrée souhaitée à la clinique dès le

Durée prévisible : jours

A communiquer par fax au service du médecin-conseil de l'assureur maladie avant l'admission (annexe 1, chiffre 11 OPAS)**Timbres 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 48h, sinon accepté

En cas de refus, motivation par lettre séparée

Date : / /