

**AUTO-DECLARATION - TARIFS PARAMEDICAUX****Reconnaissance pour la facturation des prestations ambulatoires interdisciplinaires non médicales de neuroréadaptation et/ou de réadaptation musculo-squelettale****Données de base (en lettres capitales s.v.p.)**

Institution	
Rue	
NPA/Localité	
No de téléphone	
No de fax	
Adresse courriel	
No RCC	
No EAN	

Notre institution remplit les exigences suivantes en matière de neuroréadaptation ambulatoire interdisciplinaire non médicale et/ou de réadaptation musculo-squelettale:

<b>Conditions générales d'admission</b>		
› L'institution figure sur la liste cantonale des hôpitaux. (Veuillez joindre une copie de la liste cantonale des hôpitaux)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Conditions d'admission en réadaptation musculo-squelettale</b>		
› L'institution dispose d'un mandat de prestations cantonal de réadaptation musculo-squelettale. (Veuillez joindre une copie du mandat de prestations)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
› L'institution dispose des unités fonctionnelles médecine physique et réadaptation ou rhumatologie.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Conditions d'admission en neuroréadaptation</b>		
› L'institution dispose d'un mandat de prestations cantonal en neuroréadaptation. (Veuillez joindre une copie du mandat de prestations)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
› L'institution dispose, en plus de l'unité fonctionnelle neurologie, des unités fonctionnelles médecine physique et réadaptation.	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

<b>Conditions structurelles générales</b>		
› <u>Locaux</u> accessibles aux chaises roulantes et aux handicapés destinés à l'instruction et aux réunions destinés à la thérapie individuelle destinés à la thérapie de groupe destinés à l'ergothérapie fonctionnelle et dotés d'une infrastructure et d'un mobilier pour l'instruction Salles de repos et de séjour pour les patients	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
› <u>Structure générale</u> Piscine de rééducation avec ascenseur (condition non formelle pour la fourniture de la prestation) Terrain aménagé pour la rééducation à la marche Appareils de réanimation et de surveillance des urgences Possibilité de restauration et d'utilisation de lits Equipement et appareils pour thérapies actives et passives	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<b>Conditions structurelles de la neuroréadaptation</b>		
› <u>Structure spécifique</u> Equipement pour l'exercice des activités quotidiennes et professionnelles (Activity of Daily Living) Equipement d'examens logopédiques Possibilité d'examens psychiatriques et neuropsychologiques	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

<b>Conditions générales en matière de ressources humaines</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La surveillance médicale spécialisée est garantie à tout moment. Les prestations sont fournies sous surveillance médicale. Le médecin spécialiste responsable travaille à plein temps dans la clinique.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non
<b>Personnel nécessaire en réadaptation musculo-squelettale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <u>Les conditions suivantes sont remplies:</u></li> <li>Médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et/ou en rhumatologie</li> <li>Physiothérapeute diplômé expérimenté en réadaptation</li> <li>Ergothérapeute diplômé expérimenté en réadaptation</li> <li>Personne soignante et de coordination, expérimentée en réadaptation</li> <li>Accès à un psychologue diplômé</li> <li>Accès à un nutritioniste diplômé</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non
<b>Personnel nécessaire en neuroréadaptation</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <u>Les conditions suivantes sont remplies:</u></li> <li>Médecin spécialiste en neurologie</li> <li>Neuropsychologue</li> <li>Physiothérapeute diplômé formé aux méthodes de traitement relatives à la neuroréadaptation</li> <li>Ergothérapeute diplômé expérimenté en réadaptation</li> <li>Logopédiste diplômé expérimenté en réadaptation</li> <li>Personnel soignante et de coordination formé aux méthodes de traitement relatives à la neuroréadaptation</li> <li>Accès à un médecin spécialisé en psychiatrie</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non
<b>Données concernant la direction de la physiothérapie et de l'ergothérapie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Direction physiothérapeutique assumée par: <input style="width: 1000px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/></li> <li>Direction ergothérapeutique assumée par: <input style="width: 1000px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/></li> </ul>	

<b>Processus requis</b>	
▶ <u>Les conditions suivantes sont remplies:</u>	
Programmes de thérapie documentés et structurés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diagnostic documenté	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Planification documentée de la thérapie et de la réadaptation, basé sur la CIF	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utilisation et documentation des instruments d'évaluation (entrée/déroulement/sortie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
▶ Le convention additionnelle pour les hôpitaux et les cliniques concernant la facturation de la neuroréadaptation ambulatoire interdisciplinaire non médicale et/ou de la réadaptation musculo-squelettale est appliquée.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

► **Je confirme l'exactitude des données.**

Localité, date  
Nom

\_\_\_\_\_

Signature et tampon  
de la direction de la clinique

1. **What is the primary purpose of the study?**