

I) INSCRIPTION À LA RÉADAPTATION AMBULATOIRE OU AU TRIAGE ASSESSMENT

Patient		
Nom, prénom:		Date de naissance:
Adresse:		Tél. / tél. mobile:
Assureur:		No d'assuré:
Diagnostics	CIM-10:	<input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Réadaptation antérieure quand/où
Principal objectif de neuroréadaptation		
<input type="checkbox"/> Accroître la capacité au travail au niveau profession / tâches ménagères <input type="checkbox"/> Éviter la dépendance aux soins <input type="checkbox"/> Améliorer le comportement social et de la communication <input type="checkbox"/> Améliorer les fonctions physiques <input type="checkbox"/> Améliorer la capacité d'action au quotidien <input type="checkbox"/> ...		
Principal objectif de réadaptation musculo-squelettale		
<input type="checkbox"/> Accroître la capacité au travail profession / tâches ménagères <input type="checkbox"/> Réduire la douleur et/ou améliorer la gestion de la douleur <input type="checkbox"/> Améliorer les fonctions physiques <input type="checkbox"/> ...		
Critères concernant la réadaptation ambulatoire		Remarques
Limitation des fonctions	<input type="checkbox"/> Limitations importantes au niveau du travail et/ou des tâches ménagères <input type="checkbox"/> Autres limitations importantes des fonctions : ... <input type="checkbox"/> Durée de ces limitations > 6 semaines	
Monothérapie	<input type="checkbox"/> Objectif(s) non atteignable(s) avec la monothérapie <input type="checkbox"/> Résultat insatisfaisant de la monothérapie	
Motivation	<input type="checkbox"/> Le patient est motivé pour une réadaptation. <input type="checkbox"/> Il a été informé du programme de réadaptation ambulatoire prévu et, notamment, de la prestation que l'on attend de lui.	
Potentiel de réadaptation	<input type="checkbox"/> Justification :	
Chronification	<input type="checkbox"/> Absence de chronification <input type="checkbox"/> Risque évident de chronification <input type="checkbox"/> Présence de chronification <input type="checkbox"/> Influence de facteurs défavorables : ...	
<i>Caractéristiques typiques de la chronification: élargissement des symptômes et focalisation des symptômes → ménagement et comportement d'évitement → Inactivité → déconditionnement important ; pression psychique constante et réaction de stress ; retrait social ; etc.</i>		
Contexte défavorable	<input type="checkbox"/> Au travail: ... <input type="checkbox"/> Sur le plan familial: ... <input type="checkbox"/> Situation financière: ... <input type="checkbox"/> Sur le plan du logement: ... <input type="checkbox"/> ...	
Problèmes multiples et comorbidités	<input type="checkbox"/> ...	
Conditions générales	<input type="checkbox"/> L'état somatique et psychique du patient lui permet de suivre le programme de réadaptation ambulatoire prévu. <input type="checkbox"/> Le patient est physiquement et mentalement suffisamment résistant. <input type="checkbox"/> Le transport et la prise en charge externe pendant la nuit sont garantis.	
Inscription		
<input type="checkbox"/> à la réadaptation ambulatoire <input type="checkbox"/> au triage assessment dans le but d'évaluer le potentiel de réadaptation		
Médecin (tampon) : No RCC / No EAN :		Date/signature :

Annexe 5: VERSO

II) PRISE DE POSITION DE L'INSTITUTION DE RÉADAPTATION

<input type="checkbox"/> Potentiel de réadaptation existant <input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'une consultation médicale (joindre le rapport) <input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'un triage assessment (joindre le rapport)	Remarques
<input type="checkbox"/> La réadaptation hospitalière est remplacée par une réadaptation ambulatoire.	
<input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire – programme simple indiqué <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire – programme complexe indiqué <input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire indiquée	
<input type="checkbox"/> Position complémentaire bassin de marche/piscine indiquée <input type="checkbox"/> Position complémentaire hippothérapie indiquée	
<input type="checkbox"/> Réadaptation hospitalière indiquée. <input type="checkbox"/> Aucune réadaptation n'est indiquée.	

III) DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS INSTITUTION DE RÉADAPTATION

Forfait	Nombre de journées de traitement	Remarques
Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire <input type="checkbox"/> Forfait journalier simple <input type="checkbox"/> Forfait journalier complexe	<input type="checkbox"/> 15 journées de traitement pour la 1 ^{ère} prise en charge des frais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Neuroréadaptation ambulatoire <input type="checkbox"/> Forfait journalier	<input type="checkbox"/> Journées de traitement pour la 1 ^{ère} prise en charge des frais <input type="checkbox"/>	
Date d'entrée prévue	<input type="checkbox"/>	
Clinique (y compris no RCC / no EAN de la clinique) / service (tampon): Interlocuteur / téléphone:		Date/signature:

IV) DEMANDE D'EXAMENS PRÉALABLES ASSUREUR

<input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'une consultation médicale <input type="checkbox"/> Examen préalable dans le cadre d'un triage assessment	Remarques
---	------------------

GARANTIE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ASSUREUR

<input type="checkbox"/> Prise en charge des frais pour 15 jours <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme simple <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme complexe <input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire <input type="checkbox"/> Prolongation de la prise en charge des frais pour journées <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme simple <input type="checkbox"/> Réadaptation musculo-squelettale ambulatoire, programme complexe <input type="checkbox"/> Neuroréadaptation ambulatoire <input type="checkbox"/> Aucune prise en charge Motif :	Remarques
--	------------------

Annexe 5: VERSO

Assurance (tampon) :	Date/signature :
Interlocuteur / téléphone:	