

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

- Ce formulaire est en 2 pages : **Page 1** à envoyer par fax avant l'admission au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie. **Page 2** (version générique ou version neuro-réhabilitation) est destinée uniquement aux divisions B pour leur usage interne.
- En ce qui concerne les demandes de **soins palliatifs**, n'envoyez pas ce formulaire à l'assureur : l'accord du médecin-conseil n'est pas requis.
- Le service du médecin-conseil de l'assureur-maladie répond par retour de fax dans les 48h, sans indiquer de délai de garantie.

<i>(Etiquette)</i>				
Patient :				
<u>Nom :</u>	<u>N° de patient :</u>	<u>Date d'entrée :</u>		
<u>Prénom :</u>	<u>Sexe :</u>	<u>Heure :</u>		
<u>Adresse :</u>	<u>Date naissance :</u>	<u>Date de sortie :</u>		
<u>Domicile :</u>		<u>Heure :</u>		
	<u>Cas :</u>			
	<u>Service :</u>			
	<u>Catégorie :</u>			
Répondant :				
<u>N° caisse :</u>				
<u>Nom :</u>				
<u>Adresse :</u>				
Diagnostic principal / Date et type d'intervention				
Comorbidités pertinentes pour cette demande				
But du séjour		Niveau actuel de dépendance		
Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>		Seul	Aide
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>	Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement - renutrition	<input type="checkbox"/>	Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>	Transfert hors lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>	Aller aux WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins Palliatifs	<input type="checkbox"/>	Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs (mémoire) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Troubles de l'humeur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		
Hôpital / clinique / médecin / service envoyeur :				
Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires :				
Date :				
Nom de l'établissement (CTR ou autre): (Timbre)			N° de fax :	
Entrée souhaitée dans l'établissement (CTR ou autre) dès le :				
Timbre et signature du service du médecin-conseil				
Retour dans les 48 h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée. Préavis du service du médecin-conseil de l'assureur :				
accepté <input type="checkbox"/>		refusé <input type="checkbox"/>		
Date				



Patient (Etiquette)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Projet sortie après CTR		Divers			
domicile	<input type="checkbox"/>	chaise	<input type="checkbox"/>	colostomie	<input type="checkbox"/>
placement	<input type="checkbox"/>	TTB	<input type="checkbox"/>	pansement	<input type="checkbox"/>
dom. proche	<input type="checkbox"/>	cannes	<input type="checkbox"/>	sonde	<input type="checkbox"/>
court séjour	<input type="checkbox"/>	O2/aérosols	oui <input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
autre	<input type="checkbox"/>	régime ?			

Situation à domicile Vit seul(e) oui non Sort du domicile oui non

Aidé(e) par la famille oui non

Connu(e) du CMS de :

Si oui : souligner famille et / ou entourer CMS

finances - ménage - lessive - commissions - repas - toilette -habillage - médicaments - téléalarme - contrôle santé

Laissez vide pour usage interne du CTR svp

Médecin de famille, traitant :

Antécédents, faits marquants :

Médicaments :

