

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

Veuillez 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 : <input type="checkbox"/> Cannes <input type="checkbox"/> Tintébin <input type="checkbox"/> Fauteuil roul. <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

## 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 : \_\_\_\_\_

## Orientation

☐ Bonne

### Spatiale

☐ Désorientation

☐ Orientation partielle

### Temporelle

☐ Désorientation

☐ Orientation partielle

## Mémoire

☐ Bonne

(Aptitude à conserver et/ou retrouver une information)

☐ Difficultés importantes

☐ Difficultés modérées

## Communication

☐ Bonne ☐ Aphasie

### Compréhension

☐ Impossible

☐ Partiellement atteinte

### Expression

☐ Impossible

☐ Partiellement atteinte

## Résolution de problèmes

☐ Indépendance

(Organisation, prises de décisions, etc.)

☐ Assistance totale

☐ Dépendance partielle

## 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 :