**Inscription stationnaire** Date d’entrée souhaitée

**Données du patient:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |       | Prénom |       |
| Date de naissance |       | Sexe | F [ ]  M [ ]  |

***Merci de joindre la feuille de données de base administrative à l’e-mail.***

**Inscription effectuée par**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institution /Cabinet médical |       | Nom et prénom |       |
| Service |       | Numéro de téléphone |       |
| **Paraplégie** |  | **Paralysie cérébrale** |  |
| Niveau neurologique:ASIA |       | Déficitscognitifs | Aucun [x]  Moyens [ ]  Lourds [ ]  |
| **Lésion cérébrale** |       | **Sclérose en plaques / SLA** |       |
| GCS: éventuellement joindre le FIM / indice de Barthel à l’e-mail | Plus faible:      Actuel:       | Score: EDSS       du:       ALSFRS       du:       |
| **Diagnostics neurologiques /** **Déroulement****Motif de l’hospitalisation****Objectif de la réhabilitation** |       |
| **Déficits fonctionnels** | **Cocher la case correspondante:****Respiration** Normale[ ]  Canules trachéales[ ]  Intubé(e) [ ]  depuis / jusqu’au**Monitoring** Non [ ]  Oui [ ] **Mobilité** Alitement [ ]  Chaise roulante [ ]  Aide à la marche [ ]   Marche autonome [ ] **Repères** Dans le temps[ ]  Dans l’espace[ ]   Sait qui il/elle est et qui sont ses interlocuteurs [ ] **Élimination de l’urine et des selles** Spontanée [ ]  Cathéter permanent [ ]  SP [ ] **Alimentation** Per os [ ]  PEG [ ]  Parentérale [ ]  |
| **Autres indications****importantes** | (p. ex. encore dialysé(e), chimio- ou radiothérapie, isolement, etc.)      |

**Veuillez envoyer le formulaire accompagné des rapports médicaux, de feuille de données de base administrative et, le cas échéant, du FIM / indice de Barthel à:**

**Admission des patients stationnaires: bettenplanung@rehab.ch, tél. +41 (0) 61 325 00 92.**