**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 |  | Déficits  cognitifs | Aucun  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.**