

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ERGO

Prioritaire

veuillez remplir tous les champs en jaune

| | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|--------|----------|--------------------------|
| CMS DE | SION | SIERRE | MARTIGNY | MONTHÉY |
| REGION | | | | |
| Nom du demandeur | | | | Date de la demande |
| Fonction / lien de parenté | | | | |
| DONNEES CLIENT / PATIENT | | | | |
| Nom - Prénom | | | | ACTUELLEMENT A |
| Adresse complète | | | | DOMICILE |
| N° tél privé / natel | | | | HOPITAL / CLINIQUE DE |
| Date de naissance | | | | |
| Personne de contact/lien | | | | SORTIE PREVUE LE |
| N° tél | | | | |
| A contacter pour la 1ère évaluation | | | | |
| Médecin traitant / n° tél | | | | le médecin a été informé |
| Caisse maladie/accident | | | | il a donné son accord |
| Ordonnance d'ergothérapie | demandée | | | |
| | transmise au service ergo | | | |

| 1. DIAGNOSTIC | 2. MOTIFS DE LA DEMANDE | 3. PROBLEMATIQUE SPECIFIQUE | 4. REMARQUES IMPORTANTES |
|---------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |