

## Ordonnance pour l'ergothérapie

### Coordonnées

Nom	Insérer du texte
Prénom	Insérer du texte
Date de naissance	Insérer du texte
Rue	Insérer du texte
Code postal / Ville	Insérer du texte
Téléphone portable / privé	Insérer le texte
Employeur / Lieu	Insérer le texte
Assureur	Insérer le texte
Numéro d'assurance maladie/accident	Insérer le texte
N° AVS	Insérer le texte
AI : n° de décision	Insérer le texte

### Adresse du service d'ergothérapie

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

### Traitement ergothérapeutique / Diagnostic à remplir par le médecin

#### LAMal

- Évaluation (2 séances) OU
- une série de traitements (max. 9 traitements)
- plusieurs séries : nombre \_\_\_ insérer le texte \_

#### LAA / LAM

- une série de traitements (max. 9 traitements)
- plusieurs séries (max. 4) : nombre \_insérer le texte\_
- traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)

**Lieu du traitement**  au centre, au cabinet  à domicile  en institution (par ex. maison de retraite)

#### Objectif du traitement

- Améliorer ou maintenir les fonctions physiques afin de favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Soulager la maladie psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

**LAMal UNIQUEMENT** : mesures de prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus présentant un risque de chute modéré ou élevé.

**Médecin : n° RCC et GLN**

Date et signature

#### Cause

- Maladie  Accident  Malformation congénitale (MC)

#### Diagnostic / motif du traitement (classifié ou descriptif)

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

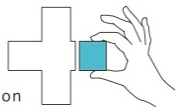
**Ergothérapeute : n° RCC et GLN**

Date et signature

Élaboré en collaboration avec la CRS, la CTM et prio.swiss

### Remarque au médecin prescripteur :

Envoyer séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, plan de traitement, etc.) s'il vous plaît.



## Informations pour la thérapie de la main

### Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

### Motif du traitement

Diagnostic:

Date de l'accident / début de la maladie:

Opération:

Date de l'opération:

### Suivi

Protocole de traitement

immobilisation       stable pour la mobilisation active       résistance/charge partielle autorisée

résistance/charge totale autorisée

attelle:

Informations sur la thérapie:

Précaution:

Remarques:

Merci d'informer sur le déroulement du traitement

**Remarque à l'intention du/de la médecin prescripteur/trice et de l'ergothérapeute :**

pour des raisons ayant trait à la protection des données, ces informations ne peuvent pas être transmises aux assurances maladie.

Prière de ne pas imprimer le formulaire recto-verso