Ordonnance pour l'ergothérapie

evs ase
Ergotherapie-Verband Schweiz
Association Suisse d'Ergothérapie
Associazione Svizzera di Ergoterapia

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

Adresse du service d'ergothérapie

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic à remplir par le médecin

LAMal

- ☐ Évaluation (2 séances) OU
- ☐ une série (max. 9 traitements)
- ☐ plusieurs séries : nombre
- ☐ traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)

LAA / LAM

- ☐ une série (max. 9 traitements)
- ☐ plusieurs séries (max. 4) : nombre
- ☐ traitement de longue durée (à partir de la 5e série, après consultation d'assurance)
- ☐ **LAI**

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.

Cause

☐ Maladie ☐ Accident ☐ Infirmité congéntiale (IC)

Diagnostic / motif du traitement (classifié ou descriptif)

Médecin : n° RCC et GLN

_____
Date et signature

Ergothérapeute : n° RCC et GLN

_____
Date et signature

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

Remarque à l'attention du médecin prescripteur :
Veuillez transmettre séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, précautions à prendre, schéma thérapeutique, etc.).

Schweizerische Gesellschaft für Handrehabilitation
Société Suisse de Rééducation de la Main
Società Svizzera per la Rieducazione della Mano

Schweizerische Gesellschaft für Handchirurgie **SGH**
Société Suisse de Chirurgie de la Main **SSCM**
Società Svizzera di Chirurgia della Mano **SSCM**

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