

Demande de garantie de prise en charge pour une réadaptation cardiaque

(à l'attention du médecin-conseil)

Informations patient(e):

Nom: Prénom: né(e) le.:
Rue: Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

Assurance:

No d'assurance :
Adresse assureur (service de médecin-conseil ou MC): Complément d'adresse:
NPA: Lieu:

coordonnées médicales (destinées exclusivement au médecin-conseil): adm. à l'hôpital (jj/mm/aaaa)

I. Patient après Intervention chirurgicale du coeur ou de l'aorte thoracique, critères principaux pertinents:

Pat. > 70 ans ventr. ef ≤ 40% séjour USI, resp. surveillance spéciale ≥ 3 Tage)

II. Pat. après intervention percutanée, critères principaux pertinents:

prothèse valvulaire chez patient >75 ans insuffisance cardiaque NYHA III ou IV situation rythmogène instable

III. Pat. après hospitalisation suite à affection cardiaque sans intervention, critères principaux pertinents:

gros infarctus insuffisance cardiaque NYHA III ou IV

diagnostic:

éventuels autres critères secondaires pertinents (valables pour les 3 catégories de patients):

complications postopératoires ADL limité habitat défavorable¹

accès à la réadaptation ambulatoire inexigible¹ importante comorbidité

¹ selon critères recommandés par le groupe de travail "réadaptation cardiaque SSMC"

durée de la réadaptation demandée (en jours)

entrée prévue le (jj/mm/aaaa)

nom de la clinique de réadaptation:

à (lieu):

Médecin formulant la demande:

Nom: Prénom:
Rue: NPA: Lieu:
Tél. Fax: E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date:.....

Timbre/signature:.....