

Gestion des flux de patients (GFP)

T 026 306 34 50
GFP@h-fr.ch

Demande d'admission préalable avec l'autorisation expresse du **médecin-conseil de l'assureur-maladie** (annexe 1, chiffre 11 OPAS).

- Ce formulaire est en 2 pages : **Page 1** à envoyer par mail avant l'admission au service du médecin-conseil de l'assureur-maladie. **Page 2** est destinée uniquement au service pour leur usage interne.
- En ce qui concerne les demandes de soins palliatifs, n'envoyez pas ce formulaire à l'assureur : l'accord du médecin-conseil n'est pas requis.
- Le service du médecin-conseil de l'assureur-maladie répond par retour de mail dans les 48h, sans indiquer de délai de garantie.

Patient-e

Nom	Prénom	Date naissance
Adresse	Domicile	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Sexe
No patient	Date entrée	Heure
Cas	Service	Date de sortie
		Heure
		Catégorie

Répondant

No caisse	Nom	Adresse
-----------	-----	---------

Diagnostic principal / Date et type d'intervention

Comorbidités pertinentes pour cette demande

But du séjour

Réadaptation à la marche	<input type="checkbox"/>
Réadaptation AVQ	<input type="checkbox"/>
Reconditionnement – renutrition	<input type="checkbox"/>
Evaluation de l'autonomie	<input type="checkbox"/>
Suite de traitement	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

Troubles cognitifs (mémoire) oui non

Niveau actuel de dépendance

	Seul-e	Aide
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert hors lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller aux WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se nourrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles de l'humeur oui non

Hôpital/clinique/médecin/service envoyeur	Coordonnées de la personne de contact pour renseignements complémentaires
---	---

Date

Hôpital fribourgeois

Nom de l'établissement	Type de réadaptation	Entrée souhaitée à l'HFR dès le
------------------------	----------------------	---------------------------------

Le/la patient-e n'a pas le choix du stie. L'admission est planifiée selon la disponibilité des lits. Le refus de la place proposée signifie la sortie du/de la patient-e

Préavis du médecin conseil Retour dans les 48h, sinon considéré comme accepté. En cas de refus, motivation par lettre séparée.
Préavis du service du médecin conseil de l'assureur : accepté refusé

Date	Timbre et signature du service du médecin conseil
------	---

Patient-e

Nom _____ Prénom _____ Date naissance _____

Projet de sortie après réadaptation Domicile Placement Domicile d'un proche Autre

Divers Chaise Tintébin Cannes Colostomie Pansement Sonde O₂/aérosol Régime

Situation à domicile Vit seul-e oui non Sort du domicile oui non Aidé-e par la famille oui non

Connu-e de ASAD oui non Région _____

Médecin traitant _____ Tél. _____ mail _____

Antécédents, faits marquants

Médicaments feuille annexe

Document à envoyer à GFP@h-fr.ch