**Ordonnance pour l’ergothérapie** 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identité |  | Adresse de l‘ergothérapie |
| Nom  |  |  |
| Prénom  |  |
| Date de naissance  |  |
| Rue  |  |
| NPA / Localité  |  |
| Téléphone mobile / privé  |  |
| Employeur / Localité  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |  |
| Téléphone prof  |  |
| Assurance  |  |
| N° de sinistre  |  |
| N° AVS  |  |  |
| N° décision AI  |  |
|  |  |  |
| Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin |
| LAMAL LAA / LAM [ ]  évaluation (2 séances) [ ]  une série (max. 9 séances)[ ]  une série(max. 9 séances) [ ]  plusieurs séries (max.4): nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  plusieurs séries: nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  traitement de longue durée (à partir de la 5ème série avec rapport) Ou valable jusqu’à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LAI: valable jusqu’à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |
| Lieu du traitement [ ]  centre, cabinet [ ]  domicile [ ]  institution  |
| Objectif du traitement[ ]  Améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l’autonomie dans les activités de la vie quotidienne[ ]  Atténuer l’affection psychique dans le cadre d’un traitement psychiatrique |  | [ ]  maladie [ ]  accident [ ]  invaliditéDiagnostic / motif du traitement |
|  |
| Médecin, tampon avec N° RCC et GLN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date et signature |  | Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date et signature |

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 |