

# Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

Le formulaire ne s'utilise que s'il n'existe pas de formulaire spécifique (p. ex. il ne s'applique pas à la remise de systèmes auditifs ou de fauteuils roulants)



## Identité du patient

Nom   
Prénom   
Rue   
NPA/localité    
Date de naiss.  Sexe   
N° AVS   
Téléphone

## Destinataire :



## Assurance

Nom   
Rue   
NPA / localité    
E-mail   
GLN

## Employeur / données d'assurance

Nom   
Rue   
NPA / localité    
Loi/ N° d'ass.    
N° / date d'acc.

## Problème lié à l'appareillage

Motif du traitement  accident  invalidité / infirmité congénitale  maladie

## Moyen aux. / appareil de traitement prescrit (type, modèle du moyen aux., si possible pas d'indication de marque/modèle)

Appareillage  urgent  à l'hôpital  au domicile  non substituable

## Objectif et durée de l'appareillage (uniquement pertinent pour l'AI)

Objectif de réinsertion (moyen aux.): déplacement, autonomie, contacts avec l'entourage, activité lucrative, activité dans le domaine de compétences, formation/éducation et accoutumance fonctionnelle ou

Objectif de traitement (appareil de trait.): p. ex. positionnement, redressement, étirement, renforcement musculaire)

Durée probable de l'appareillage:  Durée:   plus d'un an

## Médecin

E-mail   
GLN  RCC   
Date d'établissement

## Technicien·ne

E-mail   
GLN  Tél.

**Transmission électronique**

«Envoi direct» est désactivé parce que le destinataire ne peut pas être adressé en toute sécurité (HIN-Mail|Medidata)

En cas de problème de place, vous pouvez utiliser le champ complémentaire sur la page suivante.

# Ordonnance de moyens auxiliaires / appareils de traitement

## Remarques

### Compression médicale



#### Bas compressifs médicaux

- |                                      |                                    |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> A-D         | <input type="checkbox"/> A-F       | <input type="checkbox"/> A-G               |
| <input type="checkbox"/> A-T         | <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Cl. 2             |
| <input type="checkbox"/> Cl.3        | <input type="checkbox"/> Cl. 4     | <input type="checkbox"/> Kit Ulcer         |
| <input type="checkbox"/> Sur mesures | <input type="checkbox"/> Sous-bas  | <input type="checkbox"/> Aide à l'enfilage |

#### Compression tricotée à plat / Sur mesure

- |                                      |                                    |   |
|--------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Lymphoedème | <input type="checkbox"/> Lipoedème | <input type="checkbox"/> Phlébologie sévère |
| <input type="checkbox"/> Œdème       |                                    |   |

#### Vêtement Compressif sur mesure

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> Proprioceptif |
|----------------------------------|--|

- 
- |   |                                 |                                 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Membre Supérieur | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Membre Inférieur | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite |
| <input type="checkbox"/> Thorax           |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Tête             |                                 |                                 |

- 
- Autres moyens auxiliaires types :