

# Ordonnance pour l'ergothérapie

## Identité

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone mobile / privé \_\_\_\_\_

Employeur / Localité \_\_\_\_\_

Téléphone prof \_\_\_\_\_

Assurance \_\_\_\_\_

N° de sinistre \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_

N° décision AI \_\_\_\_\_

## Adresse de l'ergothérapie

## Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

### LAMAL

- évaluation (2 séances)
- une série (max. 9 séances)
- plusieurs séries: nombre \_\_\_\_\_
- Ou valable jusqu'à \_\_\_\_\_

### LAA / LAM

- une série (max. 9 séances)
- plusieurs séries (max.4): nombre \_\_\_\_\_
- traitement de longue durée (à partir de la 5<sup>ème</sup> série avec rapport)
- 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  invalidité

### Diagnostic / motif du traitement

### Médecin, tampon avec N° RCC et GLN

\_\_\_\_\_  
Date et signature

### Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN

\_\_\_\_\_  
Date et signature

En collaboration avec CRS, CTM et santésuisse

### Remarque au médecin prescripteur :

Envoyer séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, plan de traitement, etc.) s'il vous plaît.

# Informations complémentaires pour l'ergothérapeute spécialisée en basse-vision

Les informations figurant sur cette page sont destinées exclusivement à l'ergothérapeute et ne doivent pas être transmises à l'assurance-maladie.

## Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

## Diagnostic

OD :

OG :

## Lunettes portées actuellement

1ère paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

2ème paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

## Dernière réfraction

Date : \_\_\_\_\_

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV dist	AV près
OD :								
OG :								

## Champ visuel

À joindre svp, si disponible

## Remarques / demande particulière

Date et signature du médecin :