

# 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 :