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