

# 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.