

# Ordonnance pour l'Ergothérapie

## Identité

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_  
NPA/localité \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
Assureur \_\_\_\_\_  
No. d'assuré \_\_\_\_\_

## Adresse de l'ergothérapeute/du centre d'ergothérapie

## Traitement / Diagnostic

Séances \_\_\_\_\_ nombre de séances: \_\_\_\_\_  une 2ème série de trait. sera probablement nécessaire

Lieu du traitement  centre, cabinet  domicile  institution

### Objectif du traitement

- amélioration ou maintien des fonctions corporelles contribuant à l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie
- atténuation de l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

### Diagnostic

(avec accord du patient, de la patiente)

- communication du diagnostic au médecin-conseil  
 maladie  accident  invalidité

### Médecin

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

(timbre avec n° RCC)

En collaboration avec CRS, santésuisse et CTM



## Informations pour l'Ergothérapeute

### Précision du diagnostic

date de l'accident / début de la maladie: \_\_\_\_\_

date de l'opération: \_\_\_\_\_

autres informations: \_\_\_\_\_

Remarques, précautions: \_\_\_\_\_

### Mesures ergothérapeutiques

- motrices / sensorielles  
 perceptives / cognitives  
 autres: \_\_\_\_\_
- attelles  
 moyens auxiliaires