|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coordonnées personnelles du patient ou de la patiente** | | |
| Nom |  | Genre  m  f  autre |
| Prénom |  | Employeur/Lieu |
| Date de naissance |  | Téléphone prof. |
| Rue |  | Assureur |
| NPA / Lieu |  | N°d’ass./acc. |
| Téléphone privé |  | N°AVS |
| E-Mail |  |  |
| Maladie  Accident Thérapie à domicile  OUI  NON  Nombre de consultations prescrites (normalement 12; clinique ambulatoire 9) | | |
| **Diagnostic médical** | | |
| **Diagnostic selon l’art. 10 OPAS: Troubles du langage, de la parole, de la voix, du débit et de la déglutition ayant une des causes suivantes:**  Affections neurologiques par :   infection  traumatisme  séquelle post-opératoire  intoxication  tumeur   troubles vasculaires  hypoxie  troubles dégénératifs  Affections phoniatriques  malformations partielle ou totale des lèvres, de la langue, du palais, de la mâchoire ou du larynx  altération de la musculature oro-faciale ou de la fonction du larynx d’origine infectieuse, traumatique, tumorale, fonctionnelle ou comme séquelle post-opératoire  **Remarques**  Information concernant le déroulement du traitement  pas nécessaire  souhaitée  Autre : | | |
| **Médecin (Tampon): N°RCC et GLN**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date et signature |  | **Coordonnées du, de la logopédiste effectuant le traitement (evtl Tampon): N°RCC et evtl. GLN**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date et signature |

**\* ne pas renvoyer ce formulaire à la CAPSL**