



Demande de prestations soins à domicile

Demande à renvoyer par fax au 058 590 40 01 ou par mail sur pediadam@hin.ch

Adressé par..... Le.....

N° de tél..... Email.....

1. Données personnelles

Nom..... Prénom.....

Sexe..... Date de naissance..... Tel.....

Adresse du domicile.....

NPA et localité..... Etage Code d'entrée :

Nom de l'assurance :

Situation familiale : Vit avec ses deux parents Parents divorcés A des frères et sœurs

Si oui, combien : Niveau scolaire du patient :

Nationalité..... Langue maternelle.....

Communication en français : bonne difficultés

Religion :

Directives anticipées : non oui inconnu du professionnel



Demande de prestations soins à domicile

2. Données médicales

Diagnostic : Date du diagnostic

Anamnèse (histoire de la maladie, ATCD) :

.....
.....
.....
.....
.....

Allergies connues :

Si hospitalisation : Prise en charge du..... Au.....

Motif :

Résumé de l'hospitalisation (vécu de l'hospitalisation, habitudes du patient, signes particuliers...) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Consultations planifiées :



3. Equipements/Dispositifs

AVTI/DAVI

Taille et date de pose de l'aiguille :

Picc-line

Date de réfection du dernier pansement :

VVP

Date de pose :

SNG

Date de pose :

Gastrostomie

Date de pose et type du bouton :

Trachéotomie

Date du dernier changement de canule et type de canule :

Pansement

Localisation : Date de la dernière réfection :

Autres :

.....



Demande de prestations soins à domicile

4. Prestations à fournir

Soins infirmiers :

.....
.....
.....
.....

Laboratoires :

FSC CRP Na, K Urée, Créat Asat, Alat, bili T/D Hémoc Crase Fer/Ferritine Glucose

Autre :

Médicaments :

Dosage et posologie :mg..... fois par jour Durée.....jours

Voie d'administration : Intraveineux Intramusculaire Sous-cutané

Dernière dose reçue le à

Autre :

.....

Date de début des prestations :

5. Validation

La personne (et/ou son représentant) a été informée et a donné son accord au projet de retour à domicile avec aide ambulatoire, qui implique la transmission de données médicales et médico-sociales aux partenaires

concernés : Oui Non

Document Validé par : Le : Fonction :