

MON FORMULAIRE «TEAM DE SOINS»



A domicile, vous êtes peut-être assisté par différents prestataires de soins, prestataires de services et aidants proches. Ensemble, ils forment votre "team de soins".
Complétez ce formulaire avec votre "team de soins".

Ce formulaire est votre propriété. Conservez le soigneusement et **emportez le avec vous en cas d'admission dans un hôpital**. Grâce à ce formulaire, votre admission et votre sortie d'hôpital pourront se dérouler plus rapidement et au mieux. En cas d'admission dans un hôpital, prenez également avec vous votre schéma actuel de prise de médicaments. N'hésitez pas à le demander à votre médecin ou à votre pharmacien.

Date de rédaction : / /

Ce document est la propriété de :

Nom + Prénom du patient :

Date de naissance : / /

Numéro national : - -

Situation de vie : Je vis seul

Je vis avec

La personne avec qui je vis nécessite des soins Oui Non

Personne de contact en cas d'urgence (nom, données de contact, votre relation par rapport à cette personne) :

Responsable désigné et/ou curateur de biens (si une personne a été désignée à ce titre) (nom, données de contact, votre relation par rapport à cette personne) :

Un "plan de soins prévisionnel" a-t-il été mis en place ? Oui

Non

Je ne sais pas

Êtes-vous sur la liste d'attente d'une maison de repos ? Oui Non

Si oui, laquelle

Disposez-vous d'un E-plan de soins ? Non

Oui : qui en est le gestionnaire (nom + coordonnées) :

Je ne sais pas

Quel est l'hôpital que vous avez choisi ?

Points d'attention / remarques :

MON «TEAM DE SOINS»

FONCTION	NOM	ORGANISATION	TELEPHONE / E-MAIL
AIDANT PROCHE 1			
AIDANT PROCHE 2			
GENERALISTE			
INFIRMIER(E)			
PHARMACIEN			
KINESITHERAPEUTE			
SERVICE DE NETTOYAGE			
SERVICE SOCIAL			
MAISON DE REPOS ET DE SOINS			
ERGOTHERAPEUTE			
SOINS PALLIATIFS			
SOINS ET AIDES (SANTE MENTALE)			
LOGOPEDE			
CENTRE DE JOUR			
AIDE A DOMICILE			
LIVRAISON DE REPAS			
GARDE MALADE			
ACCUEIL DE NUIT			
AUTRE			
AUTRE			
AUTRE			