



Demande de prestations de soins à domicile

documents à faire parvenir par email ou par fax

Nom et prénom du patient: _____

Date de naissance: _____

<input type="checkbox"/> Evaluation des besoins du patient en collaboration avec le médecin traitant
<input type="checkbox"/> Conseils au patient ainsi qu'aux intervenants non professionnels pour les soins, l'administration des médicaments ou pour l'utilisation d'appareils médicaux, contrôles nécessaires
<input type="checkbox"/> Coordination des mesures et disposition par des infirmières et des infirmiers spécialisés en lien avec des complications dans les situations de soins complexes et instables.
<input type="checkbox"/> Contrôle des signes vitaux (tension artérielle, pouls températures, respiration, poids)
<input type="checkbox"/> Bilan de l'évolution de l'état de santé (physique, psychique et social)
<input type="checkbox"/> Soins aux diabétiques (hémoglucotest, glycosurie, contrôle de l'état des pieds, éducation thérapeutique)
<input type="checkbox"/> Préparation et/ou administration de médicaments (préparation du semainier, administration quotidiennes des médicaments)
<input type="checkbox"/> Administration de traitement par voie sous-cutanée, intramusculaire, intraveineuse
<input type="checkbox"/> Administration et surveillance de transfusion
<input type="checkbox"/> Soins de plaies rinçage, nettoyage et réfection de pansement.
<input type="checkbox"/> Soins en cas de troubles de l'évacuation urinaire ou intestinale (lavement, extraction manuelle des selles, rééducation en cas d'incontinence)
<input type="checkbox"/> Mesures thérapeutiques pour la respiration (administration d'oxygène, inhalations, exercices respiratoires simples, aspiration soins de trachéotomie)
<input type="checkbox"/> Soins en cas de dialyse péritonale
<input type="checkbox"/> Administration et surveillance d'alimentation entérale ou parentérale (et soins y relatifs)
<input type="checkbox"/> Soins de base (aide à la toilette, à l'habillage, au déshabillage, à l'alimentation, à la mobilisation, pose de bas de contention)

Pour toute prescription du traitement médicamenteux, mentionner les noms du médicament, la posologie, la fréquence, et la voie d'administration ainsi que la durée si elle est limitée.

Date:

Signature et timbre du médecin: