



## ANNONCE DE SOINS A DOMICILE

A envoyer à : [infirmieres.veveyse@rssv.ch](mailto:infirmieres.veveyse@rssv.ch)

Aide et soins à domicile

**Médecin :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Date :**

### Données patient :

Nom		Prénom	
Adresse		NPA/Domicile	
Date de naissance		N°AVS	
Téléphone		Natel	
Cas maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cas accident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance		N°	
Ass. accident		N°	
Proche/référent		Téléphone	
Pharmacie		Téléphone	
Suivi social		Directive anticipée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Attitude discutée (réa, etc...)		Directive anticipée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<b>Situation :</b>	<input type="checkbox"/> SOINS	<input type="checkbox"/> PALLIATIF	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRIQUE	<input type="checkbox"/> MENAGE	<input type="checkbox"/> AUTRE
--------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------	--------------------------------

**Diagnostic(s) :**

Aide et soins à domicile

**Antécédent(s) :**

**Comorbidité(s) :**

**Etat cognitif / psychique :**

./.

**Diabétique** : Valeur HGT visée :

Schéma particulier :

**Cardiaque** : Poids visé et/ ou limite :

TA visée et/ou limite :

Traitement de réserve :

**Allergie(s) :**

**Liste des traitements :**

**Intervention demandée dès le :**

Motivation / objectifs de la demande :

Protocole de soin :

Matériel prescrit (OM) :

Ordonnance faite ?

**Suivi médical** : (Prochain RDV, Spécialiste...)

**Particularités :**



## **ANNONCE DE SOINS A DOMICILE**

A envoyer à : [infirmieres.veveyse@rssv.ch](mailto:infirmieres.veveyse@rssv.ch)

Aide et soins à domicile

---

**SVP Veuillez joindre la prescription médicale de soins dûment remplie et signée avec ce document + joindre liste de médicaments si situation de soins. Merci !**