|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institution :** **A TRANSMETTRE AU PROCHAIN PRESTATAIREDE SOINS DU BENEFICIARE** | **Bénéficiaire :**  | **Destination :**  |
|  |
|  | **Expéditeur** | **Récepteur** | **Retour à l’expéditeur** |  |  | **Expéditeur** | **Récepteur** | **Retour à l’expéditeur** |
|  |  |  |
| **DOCUMENTS** |  | **OBJETS PERSONNELS** |
|  | Faxé | Envoyé | Reçu | Renvoyé |  |  | Envoyé | Reçu | Renvoyé |
| DMST |  |  |  |  |  | Trousse de toilette |  |  |  |
| DMT |  |  |  |  |  | Pantoufles |  |  |  |
| Ordonnance |  |  |  |  |  | Chaussures |  |  |  |
| Feuille de traitement |  |  |  |  |  | Bas de contention |  |  |  |
| Carnet de Sintrom® |  |  |  |  |  | Autres : ………………………….. |  |  |  |
| Diabétique |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Classeur OSAD |  |  |  |  |  | **Remarque :** |
| Résultats de laboratoire |  |  |  |  |  |
| Compte-rendu entretien de réseau |  |  |  |  |  |
| Directives anticipées |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **MOYENS AUXILIAIRES** |  |
|  | Envoyé | Reçu | Renvoyé |  |
| Lunettes |  |  |  |  |
| Lentilles |  |  |  |  |
| Prothèse auditive | Nombre : |  |  |  |  |
| Prothèse dentaire | Supérieure |  |  |  |  |
| Inférieure |  |  |  |  |  |
| Canne(s) | Nombre : |  |  |  |  |  | Envoyé le | Reçu le | Renvoyé le |
| Tintebin |  |  |  |  | **Date et visa** |  |  |  |
| Rollator® |  |  |  |  |
| Chaise roulante |  |  |  |  |

***Note****: ce formulaire n’a pas pour but d’établir la responsabilité en cas de perte d’un objet personnel du bénéficiaire, mais d’améliorer le transfert et le maintien fonctionnel des usagers.*