**Confirmation des prestations aux soins à domicile**

**Destinataire/institution :** Choisissez un élément.

**Nom/prénom du patient-e :**  **Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Adresse du patient :**

**Téléphone du patient :**

**Personne de référence/proches aidants (Nom et tel) :**

**Assurance maladie : N° AVS :**

**Médecin traitant : Cas maladie  accident (ortho chir ou méd.)**

**Description succincte du motif d’hospitalisation :**

**Degré d’autonomie** **(en particulier pour le patient non connu) :**

* Score AVQ (RAI) : Choisissez un élément.
* Score échelle de performance cognitive (RAI) : Choisissez un élément.
* Date de la dernière évaluation : Cliquez ici pour entrer une date.

**Prestations de soins souhaitées dès le :** Cliquez ici pour entrer une date.

|  |  |
| --- | --- |
| **Soins infirmiers** | **Détails des soins** |
| **Soins de base** | **Détail des soins** |
| **Autres prestations  souhaitées** | Aide au ménage Fréquence :  Aide sociale Fréquence :  Biotélévigilance  Réactivation  Ergothérapie Fréquence :  Lessive Fréquence :  Repas à domicile Fréquence : Jours :  Soins palliatifs  Autres A préciser : |

Le DMST, le DMT, le plan de traitement et les ordonnances vous seront envoyés **le jour de la sortie prévue le :**

Cliquez ici pour entrer une date. **à heures.**

Ordonnance envoyée à la pharmacie de confiance

**Contact IDL**

Liaison site de Choisissez un élément. Tél : Email :