

Fiche de transfert pour aide et soins à domicile

Coordonnées patient(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Etat civil : Nationalité :

Adresse : Etage / code :

Téléphone privé : Mobile :

No AVS : E-mail :

Situation familiale : vit seul(e) conjoint enfant(s)

Tutelle ou représentant légal autres

Pharmacie :

Personne référente

Nom : Prénom :

Téléphone(s) : Lien avec le/la patient/e :

Assurance maladie ou accident

Assurance de base : N° d'assuré(e) :

Assurance complémentaire : N° de police :

Institution (hôpital / clinique)

Institution : Unité :

Nom de demandeur : Téléphone :

Infirmière de liaison Infirmière d'unité Ass. social(e)

Médecin répondant : Téléphone :

Date de sortie prévue : Début des Soins à domicile :

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Téléphone : Fax :

Prestations demandées et fréquence

Soins infirmiers : Soins de base :

Ménage : Repas livrés au domicile :

Ergothérapie : Sécurité à domicile :

Autre :

Diagnostic et informations complémentaires

.....

.....

.....

Date :

Signature et timbre :