Demande de prestations d’aide et de soins à domicile

(Formulaire disponible sur le site [www.nomad-ne.ch](http://www.nomad-ne.ch)) Date :

## **Données** client-e

Nom

Prénom

Née-e le

Sexe M

F

Adresse légal

NPA et localité

N° de tél. - client

Etat civil

Nationalité

Langue parlée

Situation familiale Vit seul-e

Conjoint

Enfant-s

Personne de contact

N° de tél. – personne de contact

Le client vit chez

## Assurances sociales

N° AVS

Assurance LAMal

Assurance LAA

Bénéficiaire PC Oui

Non

## Prescripteur

Nom et Prénom

N° de tél.

Adresse

NPA et localité

## Prestations demandées

Date dernière hospitalisation

Dossier DEP Oui

Non

**Evaluation Soins Aide pratique (ménage)**

Evaluation **globale**  Hygiène  Entretien du lieu de vie

Eval./conseil **diabétologique**  Infirmiers  Aide pour organisat. des repas

Eval./conseil **plaies**  Autres :       Entretien du linge

Eval./conseil **incontinence**

Eval./conseil **stomie**

Eval./conseil **santé** **mentale**  Date de début de l’intervention

## Formulation résumée

**Motif d’intervention** Maladie  Accident  Autre :

Description de la demande

Fréquence

Diagnostic-s

Connu du patient Oui  Non  + Allergies 

**Merci de joindre la liste du traitement médicamenteux / ordonnance-s**

Remarques :

Inscription dans un home :

Timbre et signature du médecin :

Transmis par fax au 032 886 88 84  par courriel à [alo@nomad-ne.ch](mailto:alo@nomad-ne.ch)  Date :