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 [ ]  Date :