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 :

Les champs notés d’une astérisque (\*) sont obligatoires.

## Données client.e

|  |  |
| --- | --- |
| Nom\* |  |
| Prénom\* |  |
| Né.e le\* |  |
| Sexe\* | M  F |
| Adresse légale\* |  |
| NPA et localité\* |  |
| N° de tél. – client\* |  |
| Etat civil |  |
| Nationalité\* |  |
| Langue parlée |  |
| Situation familiale | vit seul.e  Conjoint.e  Enfant.s |
| Personne de contact |  |
| N° de tél. – personne de contact |  |
| Le client vit chez |  |
| Pharmacie fréquentée |  |

## Assurances sociales

|  |  |
| --- | --- |
| N° AVS |  |
| Assurance maladie\* |  |
| Assurance LAA |  |
| Bénéficiaire PC | Oui  Non |

## Prescripteur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom\* |  |
| N° de tél.\* |  |
| Adresse\* |  |
| NPA et localité \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous le médecin traitant du patient ? \* | Oui  Non |

*Si vous n’êtes pas le médecin traitant, veuillez remplir les champs suivants :*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du médecin traitant\* |  |
| N° de tél. du médecin traitant \* |  |
| Adresse du médecin traitant \* |  |
| NPA et localité du médecin traitant \* |  |

## Prestations demandées

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de la dernière hospitalisation | |  | | |
| Lieu de la dernière hospitalisation | |  | | |
| Dossier DEP\* | | Oui  Non  Ne sais pas | | |
| Prestations souhaitées (choix multiples) (au minimum 1 réponse)\* | | | | |
| **Evaluation** | **Soins** | | | **Aide et soutien** |
| Evaluation globale | Hygiène | | | Entretien du lieu de vie |
| Eval./conseil diabétologie | Infirmiers | | | Aide pour l’organisation des repas |
| Eval./conseil plaies | Autres | | | Entretien du linge |
| Eval./conseil incontinence | Autres |
| Eval./conseil stomie |  |
| Eval./conseil psychiatrie |  |
| Guidance |  |
| Date et heure de début de l’intervention souhaitées\* | | |  | |

## Formulation résumée

|  |  |
| --- | --- |
| **Motif d’intervention**\* | Maladie  Accident  Autre |
| Prescription.s souhaitée.s\* |  |
| Fréquence\* |  |
| Diagnostic.s/Comorbidité.s\* |  |
| Allergie.s |  |
| Motif d’intervention connu du patient | Oui  Non |

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

*Pour les demandes de soins, il est impératif de joindre une ordonnance ou une prescription écrite du médecin. Si la demande est pour une semainier, joindre la liste des médicaments.*

|  |  |
| --- | --- |
| Inscription dans un home : |  |
| AROSS fait-il partie de la situation ? \* | Oui  Non |
| Remarques |  |
| Timbre et signature du médecin\* |  |
| Transmis par courriel à [alo@nomad-ne.ch](mailto:alo@nomad-ne.ch) le\* : |  |