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 le\* : |       |