

N° dossier Hemostaz

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Sexe: <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Taille:	Poids:
Nom:	N° téléphone:	
Prénom:	N° mobile:	
Date de naissance:	E-mail:	
Adresse:	N° AVS:	
NPA:		
Ville:		
Assurance maladie:	Assurance complémentaire:	
N° assuré:	N° assuré:	

INFORMATIONS DE RÉSIDENCE EN INSTITUTION

Nom institution:	Unité/bâtiment:
Adresse:	N° chambre:
NPA:	N° téléphone:
Ville:	E-mail:
<input type="checkbox"/> Adresse légale	<input type="checkbox"/> Long séjour <input type="checkbox"/> Court séjour du _____ au _____

STATUT / MOYENS AUXILIAIRES

Son handicap ne permet pas à la personne susmentionnée de se déplacer à l'aide des transports publics. Sa prise en charge nécessite expressément l'utilisation des services fournis par le service TPPMR de HEMOSTAZ.

<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Béquilles/cannes
<input type="checkbox"/> Aide depuis l'appartement	<input type="checkbox"/> Aide/moyens d'extraction avec chaise à chenilles	<input type="checkbox"/> Autres :	
Oxygène durant le transport: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nbre de L/min:		
Surveillance nécessaire durant le transport: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Remarque:		
Certificat valable du _____ au _____	<input type="checkbox"/> Validité 1 an		

INDICATIONS SUR LE TYPE DE HANDICAP

<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Mental/psychique	<input type="checkbox"/> Malvoyant/aveugle	<input type="checkbox"/> Troubles cognitifs
<input type="checkbox"/> Épilepsie	Remarques en cas de crise:		
Autres remarques			

Lieu:	Date:	Tampon et signature du médecin*
-------	-------	--