

ANNONCE D'HOSPITALISATION

Document à envoyer par mail à la centrale du SECROSS : secoss@secoss.ch

Données du patient :

Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse complète :
NPA Localité :
Téléphone :
Etat civil :
N° AVS :
Caisse maladie :

Médecin traitant (nom et lieu) :

Pharmacie (nom et lieu) :

Hospitalisation le :

Motif de l'hospitalisation :

Intervenants dans la situation :

➤ **Famille, entourage et proches aidants**

Vit seul(e) / Vit avec :

Référent familial (Nom/Coordonnées/Lien) :

Intervention d'un(e) proche aidant :

Fréquence et nature de l'aide :

➤ **Prestataire à domicile**

Soignant(e) référent(e) (Nom, prénom / Coordonnées)

Service	Prestations	Fréquence
Soins		
Aide à la vie quotidienne		
Repas à domicile		
Semainier	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> OSAD <input type="checkbox"/> Pharmacie <input type="checkbox"/> Autre	

➤ **Professionnels intervenants**

(assistant(e) social(e), physiothérapeute, ergothérapeute, équipe mobile soins palliatifs etc.)

Nom, Prénom, Rôle, Téléphone	Commentaires

Habitat :

Lieu de vie adapté <input type="checkbox"/> Oui	Ascenseur <input type="checkbox"/> Oui
Barrières architecturales <input type="checkbox"/> Oui	Escaliers <input type="checkbox"/> Oui
.....	Autre(s)
Evaluation du domicile par ergothérapeute	
<input type="checkbox"/> Oui, le.....	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Non

Moyens auxiliaires :

Canne <input type="checkbox"/> Oui	Rollator <input type="checkbox"/> Oui
Lit électrique <input type="checkbox"/> Oui	Chaise roulante <input type="checkbox"/> Oui
Planche de bain <input type="checkbox"/> Oui	Système d'appel d'aide <input type="checkbox"/> Oui
Autre(s).....	

Assurances sociales :

	Non	Oui	En cours	Inconnu
AVS (Assurance vieillesse et survivants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AI (Assurance invalidité) Type.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC (Prestations complémentaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
API (Allocation pour impotence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures :

➤ **Inscription dans un EMS**

Non Oui, nom de(s) institutions(s).....

➤ **Curatelle (APEA autorité de protection de l'enfant et de l'adulte)**

Non Oui, de type : Accompagnement Représentation Coopération
 Portée générale En cours Inconnu

Problématique(s) relevée(s) :

Un réseau est-il nécessaire pour organiser la sortie ? Non Oui

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Directives anticipées :

Oui Non Pas connaissance

Transmission des données :

Le patient a donné son accord pour la transmission des données aux médecins et au personnel paramédical concerné :

Oui Non Le patient n'est pas informé

Nom du prestataire de soins à domicile.....

Document complété par

Lieu et date.....