

ANNONCE D'HOSPITALISATION

Document à envoyer par mail à la centrale du SECOSS : secoss@secoss.ch / 027 603 67 44

Coordonnées du patient :

Nom /Prénom
Téléphone
Date de naissance
Adresse complète
Localité

Médecin traitant :

Hospitalisation le :

Motif de l'hospitalisation :

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

Directives anticipées :

oui non pas connaissance

Intervenants :

Famille, entourage et proches aidants

Vit seul (e) / Vit avec :

Nom et coordonnées de la personne de référence familiale :

Intervention d'un proche aidant :

Fréquence et nature de l'aide :

Prestataire à domicile

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

Professionnels intervenants (assistant(e) social(e), équipe mobile soins palliatifs, physiothérapeute, ergothérapeute, Centre d'Accueil Temporaire, association, etc.)

Nom, Prénom, Rôle, Téléphone	Commentaires

Pharmacie (nom et lieu) :

Habitat :

Lieu de vie adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Ascenseur	Oui <input type="checkbox"/>
Barrières architecturales	Oui <input type="checkbox"/>	Escaliers	Oui <input type="checkbox"/>
.....			
Evaluation du domicile			
Ergothérapeute	Oui <input type="checkbox"/>	Fait le	En cours <input type="checkbox"/>
Problèmes identifiés du maintien à domicile			

Moyens auxiliaires :

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

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 :

non oui, de type : accompagnement représentation coopération portée générale

APEA (autorité de protection de l'enfant et de l'adulte) :

non oui démarches en cours inconnu du professionnel

Problématiques :

Épuisement des proches aidants, contexte familial, problème de ressource, de matériel, etc.

Un réseau est-il nécessaire pour organiser la sortie ? non oui

Si oui, argumentation, objectifs (Ambivalence du patient face au projet d'orientation, projet irréaliste, mauvaise appréciation des risques, Instabilité avec haut risque de réadmission en milieu hospitalier, etc.)

Nom du prestataire de soins à domicile

Document validé par

Lieu et date