

## ANNONCE D'HOSPITALISATION

Document à envoyer à la centrale du SECOSS : [secoss@secoss.ch](mailto:secoss@secoss.ch) /027 603 67 44

### Coordonnées du patient

Nom /Prénom/téléphone

Date de naissance

Adresse complète

Localité

### Hospitalisation

Hospitalisé(e) le

Médecin traitant

### 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

### Motif d'hospitalisation

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

Nom, Prénom, téléphone, rôle	Commentaires

Pharmacie

**Habitat - Evaluation du domicile**

Lieu de vie adapté	Oui <input type="checkbox"/>	Ascenseur	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Escaliers	Oui <input type="checkbox"/>
Barrières architecturales			
<b>Evaluation du domicile</b>			
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"/>
Système d'appel	Oui <input type="checkbox"/>	Nom	
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 <i>type</i>	<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 <i>Description.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mesures**

Inscription dans un EMS

non  oui, nom de(s) instituions(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***

, le