

DATE DE SORTIE PREVUE OU DE PRISE EN CHARGE

HEURE APPROXIMATIVE

Etablissement / Service de soins :
Médecin prescripteur :
IDEC :
Compte rendu :

Tampon

PATIENT

Nom : Prénom :
Date de naissance/ Age :
Adresse :

Tél. fixe : Tél. mob :
Personne de confiance : Tél. :

Médecin traitant : Nom /Tél. :

MOTIF DE PEC

Motif :
Antécédents :

SUIVI - RENDEZ-VOUS - EXAMENS

NATURE DE LA PRESTATION MÉDICALE

PERFUSION

Hydratation ATB Antalgiques Nutrition parentérale Autre :
Voie : VVP Picline CIP S/C

NUTRITION ENTERALE

Compléments nut. oraux SNG GPE Alimentation per os possible : oui non
 Autre :

MAD

Chaise percée Lit Matelas Tablette
 Fauteuil coquille Fauteuil roulant Coussin de positionnement Déambulateur

ASSISTANCE RESPIRATOIRE

Concentrateur O2 à _____l/min Aérosols Système d'aspiration VNI

SOINS INFIRMIERS – AUTRES

Nursing Pansement NEAD Constantes Bilan sanguin
 Soins de sonde Perfusion Kinésithérapie



Sky Médical

Acteur d'alternative à l'hospitalisation

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE À REMPLIR ET À FAXER À VOTRE AGENCE SKY MEDICAL

FRANCE

Fax : 01 46 85 13 34

GUADELOUPE

Fax : 05 90 92 40 25

MARTINIQUE

Fax : 05 96 56 77 26

GUYANE

Fax : 05 94 25 48 28

LA RÉUNION

Fax : 02 62 28 36 69
