

Annonce nouvelle patiente/nouveau patient avec sonde

Nom de l'institution réalisant la demande:

Nom de la personne réalisant la demande:

Auprès de:

Date:

Données relatives à la patiente/au patient:

Prénom/Nom:

Rue:

NPA/Ville:

Tél.:

Mobile:

Date de naiss.:

Caisse maladie:

Diagnostic nutritionnel:Type de sonde: PEG Autre: _____

Type de nutrition: _____

Quantité journalière: _____ (p. ex. 3 x 500 ml)

Application: Pompe _____ ml/h Gravité SeringueHydratation: per OS par la sonde _____ ml/jourMédicaments: per OS par la sonde _____

Sortie prévue le: _____

Instruction et livraison du matériel souhaitée le: _____

 à la maison dans le service de: _____

La manipulation de la sonde et du matériel à la maison sera effectuée par:

 le patient lui-même des proches CMS/soins à domicile

Personne de contact pour la prise de rdv: _____ No. de tél.: _____

Remarques:Matériel supplémentaire souhaité pour la thérapie: