

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 nais.: _____ 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 Seringue

Hydratation: per OS par la sonde _____ ml/jour

Médicaments: 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:
