

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SORTIE D'HÔPITAL

Motif d'hospitalisation.....

Prise en charge pharmacien :

- Médicamenteux**
- Matériel médical : lit / fauteuil / MAD**
- Orthopédie**
- Perfusion**
- Nutrition**
- Oxygène**
- PPC : Apnée du sommeil**
- Autre**

Avez-vous fait appel à un partenaire prestataire pour la prise en charge :

- Oui**
- Non**

Quelle fréquence de suivi avez-vous eu auprès du patient :

- Hebdomadaire**
- Bimensuel**
- Mensuel**
- Pas de suivi**
- Ne sais pas**

Professionnels de santé auxquels vous avez fait appel pour la mise en place du traitement :

- Médecin traitant**
- Infirmier**
- Kinésithérapeute**
- Orthophoniste**
- Pédicure-Podologue**
- Biologiste**
- Travailleurs sociaux**
- Autres.....**
- Aucun**