Schéma des médicaments personnels lors du <u>départ</u> de l'hôpital

Schéma de médication + dose Date: _____ / _____ / _____	à jeun	Petit déj.			à ... h	Repas de midi			à ... h	à ... h	Repas du soir			à ... h	Attention!
		avant	lors	après		avant	lors	après			avant	lors	après		

Schéma des médicaments et des soins personnels

Vignette d'identification du patient

Madame / Monsieur _____

En concertation avec votre médecin, vous serez bientôt admis à l'hôpital.

Pour favoriser une admission facile, nous aimerions disposer d'un schéma de tous les médicaments que vous prenez sur une base régulière.

Merci d'utiliser le schéma à l'intérieur de ce dépliant.
Si nécessaire, vous pouvez vous faire assister par votre médecin généraliste, le pharmacien, l'infirmier à domicile, un membre de votre famille.

Important!

Etes-vous allergique à d'autres médicaments ou produits?

☐ Non ☐ Oui, à _____

Si vous prenez un médicament pour lequel il faut une attestation du médecin-conseil de la mutualité, veuillez bien remettre cette attestation à l'accueil lors de votre inscription.

Il est conseillé d'apporter une petite quantité des médicaments que vous prenez quotidiennement, dans l'emballage original. Cela évite toute confusion possible sur le nom exacte, la dose et la forme et nous permet de poursuivre votre traitement correctement.

Apportez cette liste lors de votre admission et remettez-la à l'infirmier.

Rendez-vous le _____ / _____ / _____ à _____ h.

à ☐ l'accueil ☐ l'hôpital de jour

du campus ☐ MV ☐ SM ☐ SN ☐ OLV

Nous vous souhaitons un séjour agréable et un rétablissement rapide.

asbl AZ Groeninge
Siège: Reepkaai 4, 8500 Kortrijk
Tél 056 242 111
www.azgroeninge.be

Version: Nov. 2006
Doc. 36042

Schéma des médicaments personnels lors de l'arrivée

Schéma de médication + dose Date: _____ / _____ / _____	à jeun	Petit déj.			à ... h	Repas de midi			à ... h	à ... h	Repas du soir			à ... h	Attention !
		avant	lors	après		avant	lors	après			avant	lors	après		

Informations lors du départ

Service: _____

campus: ☐ MV ☐ SM ☐ SN ☐ OLV

Tél. 056 _____

Date de départ: _____

Raison de l'admission: _____

Médecin traitant: _____

Madame / Monsieur _____

Vous pouvez quitter l'hôpital. Nous vous souhaitons un bon retour et un rétablissement rapide.

Vous trouverez les instructions relatives à votre médication et aux soins qui s'imposeraient à l'intérieur de ce dépliant.

Si vous désirez recevoir de plus amples renseignements, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant ou le service où vous avez séjourné.

Si l'on vous a conseillé de contacter votre médecin généraliste, ne remettez surtout pas ce contact.

Votre consultation suivante:

☐ dr. _____

le ____ / ____ / ____ à ____ h

au campus ☐ MV ☐ SM ☐ SN ☐ OLV

☐ chez votre médecin généraliste le ____ / ____ / ____

pour ☐ contrôle des plaies

☐ enlever les points de suture

☐ contrôle _____

Notes du médecin

☐ Copie de la demande d'attestation de la nouvelle médication prescrite

☐ Date d'envoi: _____

Notes infirmières

Soins hygiéniques: _____

Soins des plaies: _____

Aide à domicile: _____

Régime: _____

Repos: _____

Kinésithérapie: _____

Service psychologique: _____

Service social: _____

Autres points d'attention: _____

Annexe(s)

☐ Fiche des soins des plaies ☐ Plan de soins

☐ Prescription soins à domicile ☐ Régime ☐ Prescription kinésithérapie