

Fiche de Réserve

**À COMPLETER
ET À RENVoyer**

Cette fiche est à remplir et à signer par le médecin traitant dans le cas où elle n'est pas faite par une pharmacie ou une infirmière sur la base des ordonnances.

NOM et PRENOM DU PATIENT :	DATE DE NAISSANCE DU PATIENT :
-----------------------------------	---------------------------------------

Note au médecin : considérer que la prise en charge de votre patient durant son séjour ne sera pas faite par une personne dans le domaine du soin

- Fournir une ordonnance supplémentaire en cas de régime spécial (diabète, maladies cardio-vasculaires avancées, intolérance au lactose, allergies, ...)
- Fournir une ordonnance supplémentaire si l'effort physique doit être adapté (en cas d'atteinte cardiovasculaire avancée, HTA mal contrôlée, ...)
- Fournir protocole en cas d'épilepsie : informations nécessaires, fréquence des crises, attitudes à adopter et traitement à administrer
- Fournir une ordonnance complémentaire si d'autres problèmes de santé nécessitent une prise en charge et une attention spécifiques
- Fournir tous les documents utiles en cas de besoin de soins infirmiers (ordonnance, protocole, accord du curateur)

Médicament	Dosage	Mode d'administration	Indication (symptômes, manifestation, comportements, intention, ...)	Commentaires

COORDONNEES DU MEDECIN :

DATE, TAMPON ET SIGNATURE :

N° de TELEPHONE :

Fiche de Traitement

**À COMPLETER
ET À RENVoyer**

Cette fiche est à remplir et à signer par le médecin traitant dans le cas où elle n'est pas faite par une pharmacie ou une infirmière sur la base des ordonnances.

NOM et PRENOM DU PATIENT :	DATE DE NAISSANCE DU PATIENT :
-----------------------------------	---------------------------------------

Note au médecin : considérer que la prise en charge de votre patient durant son séjour ne sera pas faite par une personne dans le domaine du soin

- Fournir une ordonnance supplémentaire en cas de régime spécial (diabète, maladies cardio-vasculaires avancées, intolérance au lactose, allergies, ...)
- Fournir une ordonnance supplémentaire si l'effort physique doit être adapté (en cas d'atteinte cardiovasculaire avancée, HTA mal contrôlée, ...)
- Fournir protocole en cas d'épilepsie : informations nécessaires, fréquence des crises, attitudes à adopter et traitement à administrer
- Fournir une ordonnance complémentaire si d'autres problèmes de santé nécessitent une prise en charge et une attention spécifiques
- Fournir tous les documents utiles en cas de besoin de soins infirmiers (ordonnance, protocole, accord du curateur)

Médicament	Dosage	Forme galénique (comprimé, gélule, sirop,..)	Horaires					Mode d'administration	Possibilité décalage de la prise de 1 heure (oui/non)	Commentaires

COORDONNEES DU MEDECIN :

DATE, TAMPON ET SIGNATURE :

N° de TELEPHONE :