|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institution :**  **A TRANSMETTRE AU PROCHAIN PRESTATAIRE DE SOINS DU BENEFICIARE** | | | | | **Bénéficiaire :** | | | | | **Destination :** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Expéditeur** | | **Récepteur** | | **Retour à l’expéditeur** |  |  | | | **Expéditeur** | | **Récepteur** | | **Retour à l’expéditeur** |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | | |
| **DOCUMENTS** | | | | | | |  | **OBJETS PERSONNELS** | | | | | | | |
|  | | Faxé | Envoyé | Reçu | | Renvoyé |  |  | | | Envoyé | | Reçu | | Renvoyé |
| DMST | |  |  |  | |  |  | Trousse de toilette | | |  | |  | |  |
| DMT | |  |  |  | |  |  | Pantoufles | | |  | |  | |  |
| Ordonnance | |  |  |  | |  |  | Chaussures | | |  | |  | |  |
| Feuille de traitement | |  |  |  | |  |  | Bas de contention | | |  | |  | |  |
| Carnet de Sintrom® | |  |  |  | |  |  | Autres : ………………………….. | | |  | |  | |  |
| Diabétique | |  |  |  | |  |  |  | | |  | |  | |  |
| Classeur OSAD | |  |  |  | |  |  | **Remarque :** | | | | | | | |
| Résultats de laboratoire | |  |  |  | |  |  |
| Compte-rendu entretien de réseau | |  |  |  | |  |  |
| Directives anticipées | |  |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |
| **MOYENS AUXILIAIRES** | | | | | | |  |
|  | | Envoyé | | Reçu | | Renvoyé |  |
| Lunettes | |  | |  | |  |  |
| Lentilles | |  | |  | |  |  |
| Prothèse auditive | Nombre : |  | |  | |  |  |
| Prothèse dentaire | Supérieure |  | |  | |  |  |
| Inférieure |  | |  | |  |  |  | | | | | | | |
| Canne(s) | Nombre : |  | |  | |  |  |  | Envoyé le | | | Reçu le | | Renvoyé le | |
| Tintebin | |  | |  | |  |  | **Date et visa** |  | | |  | |  | |
| Rollator® | |  | |  | |  |  |
| Chaise roulante | |  | |  | |  |  |

***Note****: ce formulaire n’a pas pour but d’établir la responsabilité en cas de perte d’un objet personnel du bénéficiaire, mais d’améliorer le transfert et le maintien fonctionnel des usagers.*