

CAHIER DE COMMUNICATION



SISDEF

Ce cahier a été réalisé avec le soutien du SISDEF,
Service agréé par l'AViQ.

<https://www.annuaire-sante-domicile.be>

Cahier de communication

Centre de coordination

Service :
Nom et prénom du coordinateur/trice:.....
Adresse :
.....
Tél :Mail :

Ce cahier est un outil de communication destiné :

- Au patient
- À la famille et l'entourage
- Au médecin
- Aux intervenants de soins et d'aide

Ce cahier permet de noter des observations et des informations sur la santé et la prise en charge du patient.

Ce cahier tombe sous le secret professionnel et implique le respect des limites déontologiques de chacun.

Ce cahier est divisé en 5 rubriques :

- 1^{ère} rubrique : Liste des intervenants et de l'entourage
- 2^{ème} rubrique : Horaire de passage des intervenants et/ou des proches
- 3^{ème} rubrique : Messages
- 4^{ème} rubrique : Suivi médical et observation du patient
- 5^{ème} rubrique: Suivi de l'aide à la vie journalière

Pour une utilisation optimale du cahier :

Les intervenants médicaux et paramédicaux notent leurs observations dans la rubrique :

« *Suivi médical et observation du patient* »

Les intervenants d'aide à la vie journalière notent leurs observations dans la rubrique :

« *Suivi de l'aide à la vie journalière* »



Liste des intervenants et personnes de l'entourage

Identité du patient

Nom et prénom :

Date de naissance : / /

Adresse.....

Tél : GSM :

Apposez ici la vignette mutuelle du patient

Proches

Nom et prénom :

Lien :

Adresse.....

Tél : GSM :

Nom et prénom :

Lien :

Adresse.....

Tél : GSM :

Nom et prénom :

Lien :

Adresse.....

Tél : GSM :

Nom et prénom :

Lien :

Adresse.....

Tél : GSM :

1. Prestataires de soins :

	Nom du service ou du prestataire	Téléphone et/ou gsm	Disponibilité Horaire préférentiel de contact
Médecin Généraliste			
Médecin remplaçant			
Médecin de Garde			
Médecin Spécialiste			
Soins infirmiers			
Kinésithérapeute			
Psychologue			
Equipe de soutien			
Etablissement hospitalier			

2. Prestataires d'aide :

	Nom du service ou du prestataire	Téléphone et/ou gsm	Disponibilité Horaire préférentiel de contact
Aides Familiales			
Gardes à domicile			
Aides-ménagères			
Prêt de matériel			
Ergothérapeute			
Repas à domicile			
Service Social			
Biotélévigilance			
Pharmacie			
Volontaires			

Horaire de base en date du / / 20.....

Horaire de passages des intervenants et/ou des proches

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8h							
9h							
10h							
11h							
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							
19h							
20h							
21h							
22h							

Remarques :

.....
.....
AF=Aide Familiale ; AM=Aide-Ménagère ; INF=Soins infirmiers ; GAD=Garde à Domicile ; DOC=Médecin traitant ; KINE=Kinésithérapeute ; PSY= Psychologue ; VOL= Volontaire.

Messages

Merci de **parapher** et **dater** pour signaler quand le message est lu.

Date	Pour	De	Messages	Pour + d'info, voir	Lu
				<input type="checkbox"/> Suivi médical <input type="checkbox"/> Aide à la vie journalière	
			REPONSE SI NECESSAIRE		
				<input type="checkbox"/> Suivi médical <input type="checkbox"/> Aide à la vie journalière	
			REPONSE SI NECESSAIRE		
				<input type="checkbox"/> Suivi médical <input type="checkbox"/> Aide à la vie journalière	
			REPONSE SI NECESSAIRE		
				<input type="checkbox"/> Suivi médical <input type="checkbox"/> Aide à la vie journalière	
			REPONSE SI NECESSAIRE		

Traitement médical

Nom du patient :

Date : / / 20.....

ALLERGIES :

REGIME

Afin d'éviter toute erreur, toute modification du traitement doit être libellée clairement ou à l'aide d'une nouvelle fiche. Merci.

DATE	QUANTITE	MÉDICAMENT	X/JOUR	VOIE D'ADMIN.	...H	...H	...H	...H	...H	...H	STOPPÉ LE

Remarques générales concernant la prise des médicaments :

Identification et signature du médecin :

Suivi médical et observation du patient.

Date	Suivi ou observations	De la part de

Suivi des activités de la vie journalière (AVJ)

Date	Suivi ou observations	De la part de