

# CAHIER DE COMMUNICATION



Ce cahier a été réalisé avec le soutien du SISDEF.

# 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<sup>ère</sup> rubrique : Liste des intervenants et de l'entourage
- 2<sup>ème</sup> rubrique : Horaire de passage des intervenants et/ou des proches
- 3<sup>ème</sup> rubrique : Messages
- 4<sup>ème</sup> rubrique : Suivi médical et observation du patient
- 5<sup>ème</sup> 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 :

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

## 2. Prestataires d'aide :

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

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		





## 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