

## DEMANDE DE SUIVI

Date souhaitée pour le début du suivi : \_\_\_\_\_

Qui contacter pour la prise en charge : \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU PATIENT

Madame                      Monsieur                      Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse mail : \_\_\_\_\_

### SUIVI MÉDICAL DU PATIENT

Médecin psychiatre : \_\_\_\_\_

Médecin généraliste : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_

Autres spécialistes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### RÉSEAU SOCIAL DU PATIENT

Personnes de contact : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Curateur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

SSED : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Addiction Valais : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Educateur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Assistant social : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

## **COORDONNÉES DE L'ASSURANCE**

Assurance : \_\_\_\_\_

N° d'assuré : \_\_\_\_\_ AVS : \_\_\_\_\_

N° de la carte d'assuré : \_\_\_\_\_

## **DIAGNOSTIC MÉDICAL / BREVE DESCRIPTION DE LA SITUATION**

## **PRESTATIONS SOUHAITÉES**

Suivi infirmier Fréquence : \_\_\_\_\_

Gestion médicamenteuse Fréquence : \_\_\_\_\_

Soins corporels Fréquence : \_\_\_\_\_

Ménage thérapeutique Fréquence : \_\_\_\_\_

Groupes thérapeutiques Lequel ? :

Lequel ? :

Autres :

\_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Merci de transmettre ce formulaire rempli à l'adresse : [centreqorraj@hin.ch](mailto:centreqorraj@hin.ch)

Version septembre 2024