

PERSONNE DE CONFIANCE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

AIDANT

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien de parenté :



CARTE DE LIAISON DES SOINS

Vos soignants sont unis
pour une prise en charge coordonnée

MES COORDONNÉES

Nom :

Prénom :

Téléphone :

MÉDECIN TRAITANT

Dr.

Téléphone :

AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Nom / Fonction :

Téléphone:



Nom / Fonction :

Téléphone:

PORTAGE DE REPAS

Prestataire / CCAS :

Téléphone :


PRESTATION D'AIDE À DOMICILE


Prestataire :

Téléphone :

MES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À CONTACTER:

 Quand je suis à mon domicile pour se coordonner

 Quand je suis à l'hôpital, 48h avant ma sortie

PHARMACIE

Pharmacie :

Téléphone :

CABINET D'INFIRMIER

Cabinet :

Téléphone :