

PROGRAMME DES VISITEURS-ACCOMPAGNATEURS

CONFIRMATION DE VISITE

SVP compléter et remettre dans les meilleurs délais au secrétariat de l'Association. Conserver une copie pour effectuer le suivi. Ce formulaire est disponible en ligne ou à télécharger.

1- Nom de la personne visitée _____

2- Adresse _____

3- Date de naissance _____ Langue parlée _____

4- No de téléphone _____ Adresse courriel _____

5- Date de la chirurgie _____ Nom du chirurgien ORL _____

6- Visite effectuée à la demande de :
 personnel de l'hôpital famille ou ami patient
 compagnon visiteur secrétaire de l'association autre (précisez) _____

Visite préopératoire

7- Date de la visite _____ AM PM en soirée

8- Personne(s) présente(s) lors de la visite (cochez):
 patient conjoint(e) autre parent ou ami(s) autre visiteur-accompagnateur
 médecin orthophoniste infirmière travailleuse sociale autre _____

Visite(s) postopératoire(s) et autre(s) contact(s)

9- Date _____ à l'hôpital téléphone au domicile autre _____

10- Date _____ à l'hôpital téléphone au domicile autre _____

11- Date _____ à l'hôpital téléphone au domicile autre _____

12- Collet de douche remis : oui No du collet _____ non le patient n'en désire pas

13- Pochette remise : oui non

Signature du visiteur _____ Date _____