

Demande d'intervention de l'EMIR

Coordonnées du patient

Nom et Prénom : _____
Date de naissance : _____
N° AVS : _____
Adresse postale : _____
Tél. : _____
Tél. proche aidant ou répondant : _____
Si répondant CMS/OSAD privée, son nom : _____
Si institution/foyer/EMS, son nom : _____

Nature de la demande

surveillance geste technique évaluation infirmière
 mise en route d'un traitement autre

Précisions : _____

Pour quelle durée ?

Passage unique multiple combien de jours ? _____

Informations cliniques (si connues)

Anamnèse récente : _____

Antécédents médicaux pertinents : _____

Liste de médication actuelle : _____

Nom et prénom du demandeur : _____ Tél. du demandeur : _____

Si la demande est faite par un médecin, va-t-il être le répondant médical de l'EMIR pour toute la durée de la demande ?

oui
 non, passage de relais à un autre médecin lequel ? _____ N° de tél. : _____

Quand ? _____ déjà averti ? oui non

Recommandations :

- être précis dans la demande
- si surveillance de constantes, donner les plages de valeurs attendues et le protocole précis en cas de valeur hors norme inférieure et supérieure (p. ex. surveillance TA : quelles valeurs sont acceptables, qu'est-ce qu'on fait si les valeurs sont trop hautes et/ou trop basses)
- dosages de médicaments et voies d'administrations précis