

A JOINDRE A LA CARTE VITALE

**CARTE A DOM**

**83**

**POURQUOI CETTE CARTE ?**

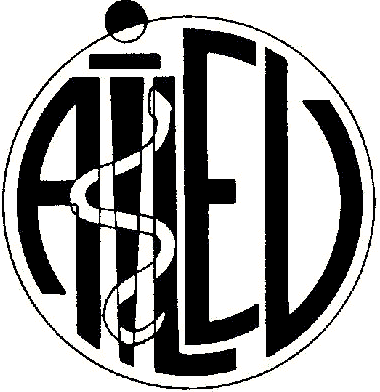
**Je demande que mes soignants et mes intervenants du domicile soient inscrits sur ma carte A Dom pour :**

* **Faciliter mon retour à domicile en cas d’hospitalisation**
* **Favoriser la coordination de mes soins et aides**





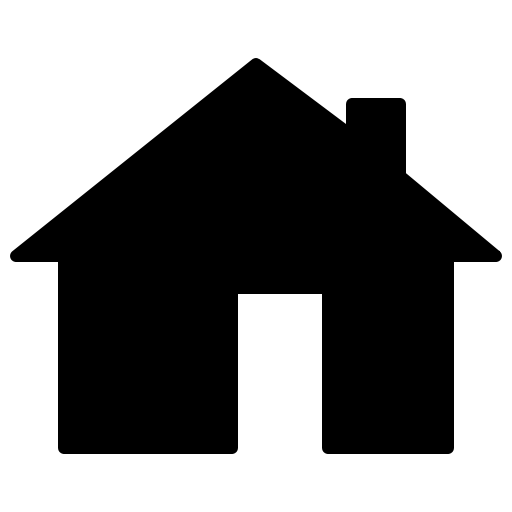


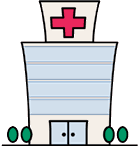
****

**Association des Infirmiers Libéraux de l’Est Varois**











**A présenter en cas d’hospitalisation**



**SERVICE D’AVS TOULON**



Date : Signature :

NOM :

Prénom :



Né(e) le :

Nom Tél :

**Kinésithérapeute Orthophoniste**

Nom Tél :

**Médecin**

**Traitant**

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE**

Membre de la famille ou proche

Service et Nom Tél :

Autre(s) professionnel(s) ou service(s)

Nom Tél :

Fax :

**Pharmacie**

Service et Nom Tél :

Aide à domicile

Nom Tél :

**Infirmier**

Nom Tél :

**SSIAD**

Portage repas

Service et Nom Tél :

Nom Tél :

**HAD**

Social (APA, MDPH…)

NOM :

Qualité :

Tél :

Service et Nom Tél :

Version 2