

**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 \_\_\_\_\_

Nom de l'orthophoniste \_\_\_\_\_

6- Visite effectuée à la demande de :

- médecin  orthophoniste  infirmière  famille ou ami  patient lui-même  
 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 \_\_\_\_\_