

## Données d'urgence pour le DEP

Remplissez ce formulaire de manière aussi complète que possible et enregistrez-le dans votre dossier électronique du patient. Remplacez-le dans le DEP (enregistrez le nouveau formulaire, supprimez l'ancienne version) en cas de modification des données.

### 1. Données du patient

Civilité	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	
Adresse (rue, n°)	
NPA, localité	
Pays	
Numéro AVS (Remarque: le numéro AVS comporte 13 chiffres)	-----
Nationalité	
Numéro de téléphone mobile	
Numéro de téléphone fixe	
Adresse e-mail	
Profession actuelle	
Nom et adresse de l'employeur	
Nom de l'assurance-accidents professionnels auprès de l'employeur	
Nom et adresse de la caisse- maladie	

#### Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurich

+41 44 272 08 08 | [info@post-sanela.ch](mailto:info@post-sanela.ch) | [www.post-sanela.ch](http://www.post-sanela.ch) 1

Numéro de CARTE d'assuré	
--------------------------	--

## 2. Contact en cas d'urgence

(Vous pouvez saisir d'autres contacts en cas d'urgence à la fin du formulaire)

Relation (p. ex. père, fille, épouse, médecin, assistant social, etc.)	
Quel est le pouvoir de décision de ce contact en cas d'urgence?	
Où ce pouvoir de décision est-il documenté?	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Adresse (rue, n°)	
NPA, localité	
Pays	
Numéro de téléphone mobile	
Numéro de téléphone fixe	
Numéro de téléphone du bureau	
Adresse e-mail	
Remarques	

### 3. Professionnel de la santé traitant

(Vous pouvez indiquer d'autres soignants à la fin du formulaire)

Rôle (p. ex. médecin de famille, spécialiste, thérapeute, Aide et soins à domicile, etc.)	
Spécialisation, spécialité, titre de spécialiste	
Civilité	
Nom	
Prénom	
Adresse (rue, n°)	
NPA, localité	
Pays	
Numéro de téléphone mobile	
Numéro de téléphone fixe	
Numéro de téléphone du bureau	
Adresse e-mail	
Remarques	

### 4. Groupe sanguin

Groupe sanguin et facteur rhésus	
----------------------------------	--

## 5. Allergies ou intolérances

(Vous pouvez saisir d'autres informations à la fin du formulaire)

Désignation de l'allergie ou de l'intolérance	
Description de la réaction lorsque l'allergie ou l'intolérance survient	
Remarques	
Existe-t-il d'autres documents dans le DEP concernant cette allergie ou cette intolérance?	

## 6. Facteurs de risque

P. ex. hépatite B ou C; VIH; bactéries multirésistantes; tuberculose, etc.

(Vous pouvez saisir d'autres informations à la fin du formulaire)

Titre et description	
Existe-t-il d'autres documents dans le DEP concernant ce facteur de risque?	

## 7. Maladies et séquelles d'accident

(Vous pouvez saisir d'autres informations à la fin du formulaire)

Titre et description	
Existe-t-il d'autres documents dans le DEP concernant cette maladie ou cette séquelle d'accident?	

## 8. Certificats de santé

Votre DEP contient-il des certificats de santé (p. ex. prescription optique, carte de	
---	--

### Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurich

+41 44 272 08 08 | [info@post-sanela.ch](mailto:info@post-sanela.ch) | [www.post-sanela.ch](http://www.post-sanela.ch) 4

donneur d'organes, carte de donneur de sang, données vaccinales, etc.)?	
---	--

### 9. Directives anticipées

Y a-t-il des directives anticipées dans votre DEP?	
--	--

### 10. Autres remarques

Y a-t-il d'autres informations importantes concernant votre santé?	
--	--