

**Placez ce document dans un endroit visible !**

Ce document est votre propriété. Montrez-le à TOUTE PERSONNE  
qui vous rend visite.

Conservez-le et prenez-le avec vous si vous êtes transporté dans un  
hôpital et MONTREZ-LE AU MEDECIN GENERALISTE S'IL VOUS  
REND VISITE.

Vous avez des questions ? Contactez votre médecin généraliste  
(durant la semaine) ou les postes de garde médicale (pendant le WE).

Ce document appartient à :  
Nom et Prénom du patient :

Complété le :        /    /

**CETTE PERSONNE  
EST EN  
ISOLEMENT  
PRENEZ LES MESURES  
DE PROTECTION**

(MESURES DE PROTECTION MINIMALES)

Avertissez tous les prestataires d'aide et de soins que vous êtes en isolement.  
 Il est important que toute personne qui vous rend visite soit prévenue.  
 Si possible prévenez-les par téléphone avant une visite !

EN FRANCAIS

FONCTION	NOM ET SERVICE	PREVENU ?	TELEPHONE / E-MAIL
SOIGNANT 1		Oui / Non / Ne sait pas	
SOIGNANT 2		Oui / Non / Ne sait pas	
MEDECIN *		Oui / Non / Ne sait pas	
INFIRMIER(E) A DOMICILE		Oui / Non / Ne sait pas	
PHARMACIEN		Oui / Non / Ne sait pas	
KINESITHERAPEUTE		Oui / Non / Ne sait pas	
PERSONNEL D'ENTRETIEN (MENAGE)		Oui / Non / Ne sait pas	
SERVICE SOCIAL		Oui / Non / Ne sait pas	
SERVICE D'AIDE A DOMICILE		Oui / Non / Ne sait pas	
ERGOTHERAPEUTE		Oui / Non / Ne sait pas	
SOINS PALLIATIFS		Oui / Non / Ne sait pas	
PRESTATAIRES D'AIDE ET DE SOINS RELEVANT DES SOINS DE SANTE MENTALE		Oui / Non / Ne sait pas	
LOGOPEDE		Oui / Non / Ne sait pas	
SOINS DE JOUR		Oui / Non / Ne sait pas	
AIDE FAMILIALE		Oui / Non / Ne sait pas	
SERVICE DE REPAS A DOMICILE		Oui / Non / Ne sait pas	
SOINS DE NUIT		Oui / Non / Ne sait pas	
AUTRE		Oui / Non / Ne sait pas	
AUTRE		Oui / Non / Ne sait pas	