

UATR- Conseils pratiques

Traitements :

Une ordonnance doit être demandée par vos soins au médecin traitant et fournie quelques jours avant le séjour. **Merci de vérifier qu'elle corresponde bien à tous les médicaments pris (médicaments, collyres, crèmes, gouttes, compléments alimentaires).**

Il est indispensable d'apporter les traitements médicamenteux qui correspondent à **l'ordonnance médicale**.

Les médicaments doivent être dans les emballages d'origine non déblistérés pour toute la durée du séjour.

Nous ne pouvons en aucun cas administrer des médicaments qui ne sont pas marqués sur l'ordonnance.

Affaires personnelles :

Merci de prévoir pour votre séjour temporaire les éléments ci-dessous :

Des affaires de toilette comportant :

- Savon ou gel pour la douche
- Shampoing
- Déodorant /eau de toilette/parfum
- Brosse à dents et dentifrice
- Boîte pour prothèses dentaires
- Brosse à cheveux/peigne
- Pour les hommes : nécessaire à rasage

Des vêtements en quantité suffisante pour 7 jours, 1 paire de chaussons et chaussures, manteau selon saison.

Pensez à prendre :

- Votre chaise roulante, même si vous en avez une utilisation occasionnelle, votre déambulateur et/ou votre canne.
- Des protections contre l'incontinence (si nécessaire) pour toute la durée du séjour.

N'oubliez pas d'avertir les prestataires de service à domicile (IMAD et autres...) ainsi que le foyer de jour de votre séjour en UATR.

Les transports du domicile à l'EMS aller/retour seront organisés par vos soins.

Le bénéficiaire doit être accompagné à son arrivée et à son retour au domicile.

Vos consommations à la cafétéria seront indiquées sur votre facture finale.

Si vous souhaitez aller chez le coiffeur, merci de prévoir de l'argent et de le déposer à votre arrivée soit à la réception en semaine soit auprès de l'infirmier de l'étage le samedi.

Ne pas prendre d'habits et d'objets de valeur. L'EMS ne sera pas responsable en cas de perte pendant le séjour.

J'ai bien pris connaissance des informations ci-dessus y compris celles concernant les médicaments.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :