



FORMULAIRE : COMMANDE DE MATERIEL DES EMS DU GROUPE ALTAGE

INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR

- EMS LES JARDINS DE LA PLAINE EMS PRAZ SECHAUD 1
 EMS LA CHOCOLATIERE EMS PRAZ SECHAUD 2
 EMS EPSM SANS SOUCI EMS RESIDENCE FOND VERT
 EMS EPSM LES TILLEULS EMS LE PASSAGE
 EMS PARC DE VALENCY EMS L'ESCAPADE
 AUTRES :
- Nom et prénom du demandeur :
- Fonction :
- Numéro de téléphone :
- Adresse E-Mail :

MATERIEL SOUHAITE	QUANTITE
Concentrateur stationnaire d'Oxygène 5 L	
Bouteille de Gaz d'Oxygène 10 L (Réserve de secours)	
Autres matériels médicaux : Contacter la société Sos Oxygène	

INFORMATION DU PATIENT CONCERNE

Posologie: Débit :L/Min. Durée :/24H.

NOM et PRENOM du patient :

Date de naissance :

Unité : Numéro de chambre :



IMPORTANT

**En période de week-end, contacter la Société SOS Oxygène au 022 300 01 00
Après avoir envoyé cette demande par mail : medicalsosoxygene@hin.ch**

DATE DE LA DEMANDE	SIGNATURE ET CACHET DU DEMANDEUR	VISA DIRECTION