

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