

Fiche de liaison d'entrée VILLE → ÉTABLISSEMENTS

Cette fiche est à transmettre aux transporteurs puis à l'accueil de l'établissement

DATE DE CRÉATION :/...../..... par :
DATE DE MISE À JOUR :/...../..... par :

Date de transfert : ____/____/____ Par : _____

Médecin traitant averti : OUI NON HOSPITALISATION À SA DEMANDE

Documents transmis : CARTE VITALE MUTUELLE CARTE D'IDENTITÉ
 CARTE À DOM' COURRIER D'ADRESSAGE DOSSIER INFIRMIER ORDONNANCE TRAITEMENT

VOLET ADMINISTRATIF

Identité de l'utilisateur

Nom :	Prénom :
Nom de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Commune :	Date de naissance : ____/____/____

Mesure de protection juridique

<input type="checkbox"/> En place <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Habilitation familiale <input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice
Coordonnées :	

Entourage

Personne à prévenir	Nom :	Prénom :
	Lien de parenté :	Téléphone :
Présence d'un aidant <input type="checkbox"/>	Nom :	Prénom :
	Lien de parenté :	Téléphone :

VOLET MÉDICAL

Histoire de la maladie / thérapeutique (À REMPLIR EN CAS D'ABSENCE DU COURRIER D'ADRESSAGE)

Motif d'hospitalisation :	
Commentaires :	
Antécédents, addictions, allergies médicamenteuses/alimentaires :	<input type="checkbox"/> Oxygène

Environnement médical et paramédical (À REMPLIR EN CAS D'ABSENCE DE CARTE À DOM')

Médecin traitant et/ou spécialistes <i>(préciser si sans médecin traitant)</i>	Coordonnées :
Pharmacie habituelle	Coordonnées :
Infirmier(ères) libéraux	Coordonnées :
Kinésithérapeute	Coordonnées :
Autre professionnel	Coordonnées :

Fiche de liaison d'entrée VILLE → ÉTABLISSEMENTS

Cette fiche est à transmettre aux transporteurs puis à l'accueil de l'établissement

VOLET MÉDICO-SOCIAL

GIR connu :

Autonomie habituelle

Toilette/Habillage	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale
Incontinence	<input type="checkbox"/> Urinaire		<input type="checkbox"/> Fécale
Déplacements	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Marche avec aide : <input type="radio"/> Canne/béquille <input type="radio"/> Déambulateur <input type="radio"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Transferts <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Lit strict
Alimentation	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Risque Fausse route
Troubles du comportement	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Agressivité	<input type="checkbox"/> Déambulation <input type="checkbox"/> Désorientation

Aides matérielles en place à l'entrée

<input type="checkbox"/> Téléassistance	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Lève malade
Appareils auditifs : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Lunettes de vue	Appareil dentaire : <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas
Autre :		

Environnement médico-social à l'entrée

Logement actuel	<input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Résidence/Foyer
	<input type="checkbox"/> Le patient vit seul à son domicile	<input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> Ascenseur Étage :
<input type="checkbox"/> Infirmier(ères) libéraux Nature de l'intervention : Fréquence :	<input type="checkbox"/> Services à domicile : Nature de l'intervention : Fréquence :	
<input type="checkbox"/> SSIAD : Nature de l'intervention : Fréquence :	<input type="checkbox"/> Portage de repas : Nature de l'intervention : Fréquence :	
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs à domicile Coordonnées :	<input type="checkbox"/> Suivi DAC Référent :	
<input type="checkbox"/> Plan d'aide à réviser		