



FICHE DE LIAISON

DOMICILE

VERS

STRUCTURE DE SOINS

Médecin traitant:.....

Cabinet infirmier:.....

Téléphone:

Téléphone:

Nom du patient:.....

Prénom:.....

Date de naissance:.....

N° SS et nom de la caisse:

ALD : oui - non

Mutuelle:

Le patient habite t'il seul: oui - non

Date du transfert:

Signature Infirmier(e) :

Personnes à prévenir		
Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

Pathologies:

.....

.....

Allergies connues:

<p>Respirer</p> <p>aérosol → oui non</p> <p>oxygène → oui non</p> <p>trachéotomie → oui non</p> <p>canule trachéale → oui non</p> <p>gêne → oui non</p> <p>Eliminer</p> <p>incontinence urinaire → oui non</p> <p>Etui Pénien → oui non</p> <p>sonde à demeure → oui non</p> <p>posée le..... Ch N°.....</p> <p>incontinence fécale → oui non</p> <p>constipation → oui non</p> <p>date des dernières selles.....</p> <p>colostomie → oui non</p> <p>Dormir - se reposer</p> <p>perturbation du sommeil → oui non</p> <p>agité → oui non</p> <p>fatigue → oui non</p> <p>Se vêtir - se dévêtir</p> <p>avec aide → haut bas</p> <p>sans aide → haut bas</p> <p>Communication</p> <p>communique t'il → oui non</p> <p>avec altération → oui non</p> <p>confusion → oui non</p> <p>autres.....</p> <p>.....</p> <p>langue parlée.....</p>	<p>Constantes</p> <p>pouls:</p> <p>TA:</p> <p>T°:</p> <p>fréquence</p> <p>respiratoire</p> <p>poids</p> <p>taille</p> <p>port de prothese</p> <p>dentaire → oui non</p> <p>auditve → oui non</p> <p>lunettes → oui non</p> <p>autre.....</p> <p>.....</p> <p>croynance et valeur</p> <p>oui non</p> <p>religion.....</p> <p>.....</p>	<p>Boire et manger</p> <p>risque élevé de fausses routes → oui non</p> <p>apport hydrique → suffisant insuffisant</p> <p>régime → oui non</p> <p>si oui lequel.....</p> <p>mixé → oui non</p> <p>mange seul → oui non</p> <p>sonde gastrique Ch N°..... posée le</p> <p>Se mouvoir - éviter les dangers</p> <p>marche → avec aide sans aide incapacité</p> <p>bas de contention → oui non</p> <p>appui autorisé → oui non</p> <p>barrières → oui non</p> <p>déambulateur/cannes → oui non</p> <p>soins de kinésithérapie → oui non</p> <p>douleur → oui non</p> <p>localisation.....</p> <p>Score de Norton :</p> <p>Etre propre et protéger ses téguments</p> <p>hygiène corporelle</p> <p>avec aide → oui non</p> <p>ne peut faire seul sa toilette → oui non</p> <p>soins de bouche → oui non</p> <p>risque élevé d'atteinte à l'intégrité</p> <p>de la peau des tissus → oui non</p> <p>existence de plaies → oui non</p> <p>si oui, localisation.....</p> <p>.....</p> <p>EVA:</p>
---	--	--