

FICHE DE LIAISON PATIENT TRANSFERT VILLE/STRUCTURE

Saisi par : Identification patient Date : / / 202

Nom: **Prénom:**
 Né(e) le:/...../..... Sexe: M, F Numéro de sécurité sociale:
Caisse : Non connue, CPAM, MSA, MGEN, Autre **ALD:** Non Oui
Mutuelle: Non connue, Non, Oui **C2S:** Non Oui

Informations patient

Adresse patient: **CP :** 64..... **Ville:**.....
Mode de vie: Seul, En couple, Chez un tiers, EHPAD , Foyer, Résidence sénior > Non, Oui, Autre.....
Le patient est il aidant: Non, Oui , Si oui de qui:
Personne à prévenir: Nom - Prénom:..... Tél:
 → **Lien:** conjoint, enfants , tiers autre:
Protection juridique : Non Oui : Tutelle Curatelle Coordonnées utiles:
Directives anticipées rédigées : ..?, Non, Oui
Mon Espace Santé: Oui, Non, ..?

Informations médicales

Médecin traitant : Oui : Nom: Dr Tél: Non ..?
Médecin(s) spécialiste(s): Oui Non ..?
 Cardiologue Nom Néphrologue Nom
 Oncologue Nom Pneumologue Nom
 Psychiatre Nom Autre Nom
Professionnels intervenant au domicile et à prévenir:
Infirmier(e) : Oui Non ..? Nom : Tél:
Paramédicaux : Kiné, Orthophoniste, Autres
Auxiliaire de vie: Oui Non ..? Nom Tel:
Portage repas: Oui Non ..? Tel:
Traitement habituel: Ordo ci-jointe : Oui, Non, Traitements en cours (*Si pas d'ordonnance*) :
Allergies: Non, Oui, lesquelles:
Pathologies chroniques: Non, Oui, lesquelles:
Antécédents (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques...):
Autonomie : autonome, partiellement autonome, dépendant, Alitement détail :
Aide: Non, Oui : déambulateur, canne, fauteuil roulant, verticalisateur, lève malade
Transfert : autonome , du fauteuil au lit , autres
Domicile équipé: Non, Oui (lit médicalisé, sanitaires...)
Troubles cognitifs: absents, présents **Trouble du langage:** Non, Oui
Langue(s) parlée(s): Français, Espagnol, Basque, autre
Appareil auditif: Non, Oui > droit - gauche / **Prothèses dentaires:** Non, Oui > haut, bas
Assistance respiratoire: Oui Non **Débit O2:** : ..l/minh/24h **App Apnée sommeil :** Oui Non
Alimentation : Normale Mixée Lisse **Fausse route :** Oui Non

Incontinence : Urinaire : Oui Non

Stomie/ Sonde urinaire Oui Non

Incontinence Fécale : Oui Non

Colostomie : Oui Non

Commentaires :
.....
.....

Information du jour lors du transfert du patient

Traitement pris dans les 3 dernières heures.....à (heure): ...H...

Repas : Dernier repas àh....

Glycémie :

Constantes : Temp : °C TA : FC : bat/ min SAT :% EVA : .../10 Glycémie :

Observations Médicales/ Paramédicales : Le cas échéant

Date :


Document complété par..... (signature), le

Commentaires:

Modifié le par (signature)

Documents à emporter lors du transfert du patient (check list)

Documents administratifs	pris	non pris	inexistant
- Pièce d'identité			
- Carte vitale			
- Carte de mutuelle			
- Carte groupe sanguin			
Objets personnels	pris	non pris	inexistant
- Nécessaire de toilette: brosse à dent, dentifrice, savon, serviettes de toilette, gant...			
- Vêtements: linge de nuit, sous vêtements, change de jour			
- Téléphone + chargeur			
- Lunettes			
- Prothèses auditives			
- Appareil dentaire			
- Bas de contention			
- Canne, autre			
- Appareil respiratoire (machine SAOS)			
- Autres :			
Documents médicaux et autres	pris	non pris	inexistant
- Ordonnance(s) du traitement habituel (en cours de validité)			

- Boites de traitement (ne pas prendre le pilulier)			
Autres	pris	non pris	inexistant
 <i>Pensez à laisser les bijoux et/ou objets de valeur au domicile du patient !</i>			



CPTS

Hego Lapurdi