

Nom du patient :



FICHE DE LIAISON HOPITAL ↔ VILLE

Nom – fonction et signature du professionnel :

DATE:

Cabinet IDE

TELEPHONE:

MEDECIN REFERENT :

BMR:Site:

Allergie:

Prestataire :

Tiers aidants :

AUTONOMIE

Grille AGGIR =

OMS =

Autonome

Semi autonome

Alité/dépendant

Lever : oui non

Appui : oui non

délai :

CONDITIONS DE VIE (à usage des professionnels de ville)

ENTOURAGE :

Vie Familiale :

Nombre d'enfant :

Nombre d'enfants aidants :

Entourage :

Commentaires :

CONDITIONS DE RESIDENCE :

Rural Urbain Salubre : oui non

Type : Maison Appartement

Habitat adapté : oui non

Si non, pourquoi :

AIDES:

Aide à domicile, laquelle :

Portage des repas

Téléalarm

Autres :

AIDES : APA AAH AUTRES

TOILETTE

Autonome

Aide partielle

Aide complète

VOIE D'ABORD	Date de pose	Date de surveillance	Date de pansement	Date de changement aiguille	Date de rinçure	Date d'ablation
Cathéter central ou Pic line						
PAC						
KT Périphérique						
KT sous cutané						

OXYGENOTHERAPIE

Dépendant

Débit :

TRACHEOTOMIE

Canule : n° et type

2^{ème} canule fournie : OUI NON

Changement à faire le :

AEROSOLS

⇒ Produits utilisés : (voir prescription médicale)

⇒ Nombre/jour :

ALIMENTATION

Poids =

Régime (joindre une copie du régime)

Orale

Normale

Hachée

Mixe

Liquide

Compléments alimentaires

Entérale

SNG n°

Posée le :

Gastrostomie

Jéjunostomie

voir prescription médicale

Nocturne

24h/24

Diurne

Parentérale

Nom du produit :

voir prescription médicale

Nocturne

24h/24

Diurne

TRANSIT

Continent Diarrhée Constipation Incontinent Stomie **Diamètre poche :** **Marque :**

Traitement : (voir prescription médicale)
Date dernières selles :

ELIMINATION URINAIRE

Continent Incontinent
 Bassin / urinal Etui pénien
 Urétérostomie Néphrostomie Sonde vésicale CH :

Changement de sonde à faire le :

ETAT BUCCAL

Normal Sécheresse Dououreux Mycose Autres :

Soins de bouche
↳ Produits utilisés : ↳ Compresse ↳ Bâtonnet mousse ↳ Autre :

↳ Nombre / jour :

ETAT CUTANE Localisation : Stade :

Normal Altéré Pansement Escarre

Si oui : Joindre fiche de prévention d'escarre du dossier de soin

Si pansement :

Produits utilisés :

Sérum physiologique Eau stérile Hydrofibre Alginate Autre
 Hydrogel Hydrocolloïde Hydrocellulaire
 Charbon Interfaces Antiseptique

DOULEUR

Evaluation : EVA Autre :

Matin Après midi Soirée Nuit A la mobilisation

Localisations :

PCA

↳ Modèle : IV S/C

ETAT NEUROPSYCHIQUE

Comportements	Troubles cognitifs
<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Agressivité verbale <input type="radio"/> Somnolence <input type="radio"/> Agressivité physique	<input type="radio"/> Confusion <input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Hallucinations <input type="radio"/> Démence

ETAT PSYCHOLOGIQUE

Anxiété Angoisse Troubles de l'humeur Insomnie

SOUFFRANCE MORALE

Patient Entourage

Autre :

DATE	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS

Garder une copie dans le dossier patient

Utilisable par tous les professionnels du CHA et des Réseaux – Disponible sur le site du CHA