

Nom du patient :

# FICHE DE LIAISON HOPITAL ↔ VILLE

ETABLISSEMENT

**Nom – fonction et signature du professionnel :**

DATE: .....

Service de soins...../ Cabinet IDE .....  
N° tél ..... N° tél.....

MEDECIN REFERENT :.....  
BMR: .....Site:.....  
BHRE.....  
Allergies:.....

Pharmacien :  
Tél :  
  
Prestataire :  
  
Tiers aidants :  
Nom :  
Tél :  
Qualité :

<b>AUTONOMIE</b>	<b>Grille AGGIR =</b>	<b>OMS =</b>
<input type="radio"/> Autonome	<input type="radio"/> Semi autonome	<input type="radio"/> Alité/dépendant
<input type="radio"/> Lever : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="radio"/> Appui : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> délai : .....

**CONDITIONS DE VIE ( à usage des professionnels de ville)**

<b>ENTOURAGE :</b> <b>Vie Familiale :</b> <b>Nombre d'enfant(s) :</b> <b>Nombre d'enfant(s) aidant(s) :</b> <b>Entourage :</b> <b>Commentaires :</b>	<b>CONDITIONS DE RESIDENCE :</b> <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbain Salubre : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Type : <input type="radio"/> Maison <input type="radio"/> Appartement <input type="radio"/> Habitat adapté : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si non, pourquoi :
<b>AIDES:</b> <input type="radio"/> Aide à domicile, laquelle : <input type="radio"/> Portage des repas <input type="radio"/> Téléalarme <input type="radio"/> Autres :	<b>AIDES :</b> <input type="radio"/> APA <input type="radio"/> AAH <input type="radio"/> AUTRES <input type="checkbox"/> Plateforme Territoire d'Appui

**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 Picc line						
PAC						
KT Périphérique						
KT sous cutané						

**OXYGENOTHERAPIE**  
 Dépendant                                      Débit :

**TRACHEOTOMIE**  
 Canule : n° et type                                      2<sup>ème</sup> canule fournie : OUI     NON   
Changement à faire le : .....

**AEROSOLS**    ⇨ Produits utilisés : (voir prescription médicale)                                      ⇨ Nombre/jour :

**DOULEUR**  
Evaluation :     EVA                       Autre : .....  
                     Matin                       Après midi                       Soirée                       Nuit                       A la mobilisation  
Localisations : .....  
 PCA  
Modèle :                                       IV                                       S/C

<b>ALIMENTATION</b>		Poids =	IMC =	☞ <input type="checkbox"/> Régime (joindre une copie du régime) <input type="checkbox"/> Aversion	
<input type="radio"/> <b>Orale</b> ☞ <input type="checkbox"/> Normale ☞ <input type="checkbox"/> Hachée ☞ <input type="checkbox"/> Tendre ☞ <input type="checkbox"/> Mixe ☞ <input type="checkbox"/> Liquide ☞ <input type="checkbox"/> Compléments alimentaires	<input type="radio"/> <b>Entérale</b> <input type="checkbox"/> <b>Gravité</b> <input type="checkbox"/> <b>Pompe</b> ☞ <input type="checkbox"/> SNG n° Posée le : ☞ <input type="checkbox"/> Gastrostomie ☞ <input type="checkbox"/> Jéjunostomie voir prescription médicale	☞ <input type="checkbox"/> Nocturne ☞ <input type="checkbox"/> 24h/24 ☞ <input type="checkbox"/> Diurne	<input type="radio"/> <b>Parentérale</b> ☞ Nom du produit : voir prescription médicale <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> 24h/24 <input type="checkbox"/> Diurne		
<b>TRANSIT</b>					
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Diarrhée <input type="radio"/> Constipation <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Stomie			<b>Diamètre poche :</b>		<b>Marque :</b>
Traitement : (voir prescription médicale) Date dernières selles :					
<b>ELIMINATION URINAIRE</b>					
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Bassin / urinal <input type="radio"/> Urétérostomie		<input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Etui pénien <input type="radio"/> Néphrostomie		<input type="radio"/> Sonde vésicale CH :	
Changement de sonde à faire le : .....					
<b>ETAT BUCCAL</b>					
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Soins de bouche ☞ Produits utilisés : ☞ Nombre / jour :		<input type="radio"/> Sécheresse ☞ <input type="checkbox"/> Compresse		<input type="radio"/> Dououreux <input type="radio"/> Mycose Autres : ☞ <input type="checkbox"/> Bâtonnet mousse ☞ Autre : .....	
<b>ETAT CUTANE</b>					
<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Altéré <input type="radio"/> Pansement			Localisation :		Stade :
<input type="radio"/> Escarre Si oui : Joindre fiche de PEC de l'escarre du dossier de soin					
<b>Si pansement :</b>					
<b>Produits utilisés :</b>					
<input type="radio"/> Sérum physiologique <input type="radio"/> Hydrogel <input type="radio"/> Charbon		<input type="radio"/> Eau stérile <input type="radio"/> Hydrocolloïde <input type="radio"/> Interfaces		<input type="radio"/> Hydrofibre <input type="radio"/> Hydrocellulaire <input type="radio"/> Antiseptique	
<input type="radio"/> Alginate <input type="radio"/> Autre					
<b>ETAT NEUROPSYCHIQUE</b>					
Comportements			Troubles cognitifs		
<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Somnolence		<input type="radio"/> Agressivité verbale <input type="radio"/> Agressivité physique		<input type="radio"/> Confusion <input type="radio"/> Hallucinations	
<input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Démence					
<b>ETAT PSYCHOLOGIQUE</b>					
<input type="radio"/> Anxiété <input type="radio"/> Angoisse		<input type="radio"/> Troubles de l'humeur		<input type="radio"/> Insomnie	
<b>SOUFFRANCE MORALE</b>					
<input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Entourage			
Autre : .....					
<b>DATE</b>	<b>COMMENTAIRES / OBSERVATIONS</b>				

**Garder une copie dans le dossier patient - Utilisable par tous les professionnels des établissements de soins du Vaucluse, disponible sur [www.ressources-sante.org](http://www.ressources-sante.org)**