

# FICHE DE LIAISON VILLE-HÔPITAL

DATE :

N°TÉL :

CABINET INFIRMIER :

## IDENTIFICATION

Nom : ..... Adresse : .....  
Prénom : .....  
DDN : ..... N°tél fixe : .....  
N° SS : ..... N°portable : .....  
Mutuelle : ..... ALD : ..... CMU : .....  
Environnement :  Vit seul(e)  Marié(e)  Aidant  
Personne à contacter : .....  
Médecin traitant : .....

## SOINS INFIRMIERS

**MOBILITE :**  Autonome  Aide partielle  Aide totale  
 Fauteuil  Lit  Se déplace avec aide  Déambulateur  Canne  Prothèse

**TOILETTE :**  Autonome  Aide partielle  Aide totale  
 Douche  Lavabo  Au lit

**ALIMENTATION :**  Autonome  Aide partielle  Aide totale  GPE

**REGIME :**  Normal  Mixé  Diabétique  Sans sel  Complément alimentaire

**ELIMINATION :**  Autonome  Aide partielle  Aide totale  
 Incontinence urinaire  Incontinence fécale  Autosondage  Autocurage  
 Stomie  Socle changé le .....  
 Change jour  Change nuit  Peniflow  Sonde à demeure  Changée le .....

**RESPIRATION :**  Normale  Appareillé  Kiné

**PANSEMENT :** Localisation ..... Dernier pansement fait le .....

Protocole de soin : .....

**ESCARRE :**  oui  non Matelas anti-escarre :  oui  non

Stade  1  2  3  4 Localisation : .....

Protocole de soin : .....

**DOULEUR :**  oui  non EVA : .....

Soins hygiène  Soins techniques  Mobilisation  En continu

# SURVEILLANCE

**ALLERGIE :** .....

VP    VVC    Picc-line    PAC    FAV    SNG    Infuseur

Date de la pose : .....      Date du dernier pansement : .....

**DRAIN / SUTURE :** .....

**APPAREILLAGE :**    Dentaire    Auditif    Pacemaker    Autre : .....

**COMPORTEMENT PENDANT LES SOINS :** .....

**ETAT PSYCHOLOGIQUE :**    Anxiété    Angoisse    Agressivité    Insomnie  
 Confusion    Désorientation temporo-spatiale    Hallucination    Démence  
 Souffrance morale

**SUIVI SOCIAL / CONDUITES A RISQUE :** .....

# SOINS PARTICULIERS

## DIABÈTE :

ADO :    Autonome    PEC IDEL

INSULINO-TRAITE :    Autonome    PEC IDEL

LECTEUR ET TRAITEMENT en sa possession lors de l'hospitalisation :    Oui    NON

EDUCATION DIABETIQUE A REVOIR (diététique/pied) :    Oui    Non

## TRAITEMENT MEDICAL :

GERE SEUL SON TRAITEMENT :    Oui    Non

THERAPEUTIQUE (indiquer les heures de passage de l'Idel et la dernière prise) : .....

.....

**CONSULTATIONS / EXAMENS :** .....

.....