



# Fiche régionale de liaison du parcours de soins de santé

## Tous secteurs

Rédigé par : ..... Statut : ..... : ..... Date : .....



### Identité de la personne soignée & données personnelles

Nom de famille : .....	Précaution en lien avec une disposition juridique <input type="checkbox"/>
Nom d'usage : .....	Préciser la nature : .....
Prénom(s) : .....	Représentant légal* : .....
Date de naissance : .....	Directives anticipées <input type="checkbox"/>
Adresse de résidence : .....	Personne de confiance* : .....
.....	Personne(s) à prévenir* : .....
.....	.....
Téléphone : .....	Opposition ou limitation au partage des informations
Courriel : .....	De santé <input type="checkbox"/> , limitations : .....
Demande d'anonymat <input type="checkbox"/>	Demande de confidentialité du séjour <input type="checkbox"/>

\* identité & coordonnées

Alertes / Points de vigilance	Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>
Allergie <input type="checkbox"/>	Risque de fugue <input type="checkbox"/>
lesquelles : .....	Déambulation <input type="checkbox"/>
Précautions infectieuses en cours <input type="checkbox"/>	Risque de chute <input type="checkbox"/>
Nature de la précaution : .....	Alitement strict <input type="checkbox"/> ; station debout impossible <input type="checkbox"/>
Non communicant <input type="checkbox"/> : .....	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/> , SAD <input type="checkbox"/> ; sondage extempo <input type="checkbox"/>
Barrière de langue <input type="checkbox"/> , langue parlée : .....	Incontinence anale <input type="checkbox"/> , stomie <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/> , préciser : .....	

Données sociales & d'aide	Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>
Protection sociale	Situation familiale
Type de sécurité sociale : .....	Célibataire <input type="checkbox"/> , marié(e)/pacsé(e) <input type="checkbox"/> , veuf(ve) <input type="checkbox"/>
CMU/aide de l'état <input type="checkbox"/> : .....	Situation professionnelle
Prise en charge spécifique	En activité <input type="checkbox"/> , chômage <input type="checkbox"/> , maladie <input type="checkbox"/> , retraite <input type="checkbox"/>
ALD <input type="checkbox"/> , AT <input type="checkbox"/> , MP <input type="checkbox"/> , autre : .....	Profession : .....
Mutuelle <input type="checkbox"/> : .....	

Équipe de prise en charge	Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>
Médecin traitant : .....	Médecin coordonnateur* : .....
Médecin(s) spécialiste(s) : .....	Pharmacien : .....
.....	Sage-femme : .....
Infirmièr(e) : .....	Infirmièr(e) coordinatrice(teur)* : .....
Masseur-kinésithérapeute : .....	Ergothérapeute : .....
Orthophoniste : .....	Autre : .....
Psychologue : .....	Assistante sociale : .....
Éducateur spécialisé : .....	
Auxiliaire / Assistante de vie : .....	Référent(e) projet de vie : .....

\* HAD, EHPAD, ...

Motif de transfert		Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>	
PA : .....	mm Hg	FC : .....	/ mn T° : ..... °C Autre : .....
Antécédents (essentiels)		Fiche spécifique <input type="checkbox"/>	
Traitement en cours		Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>	
Besoins et particularités de l'utilisateur		Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>	
Appareillage auditif <input type="checkbox"/> : .....		Appareillage dentaire <input type="checkbox"/> , haut <input type="checkbox"/> , bas <input type="checkbox"/>	
Appareillage locomoteur <input type="checkbox"/> : .....		Appareillage visuel <input type="checkbox"/> : .....	
Aide à la toilette <input type="checkbox"/> , complète <input type="checkbox"/> , sinon : .....		Aide à l'habillage <input type="checkbox"/> , complet <input type="checkbox"/> , sinon : .....	
Aide à la prise des repas <input type="checkbox"/> , sonde <input type="checkbox"/> : .....		Appareillage TPN <input type="checkbox"/> VNI <input type="checkbox"/>	
Nécessité d'habituations <input type="checkbox"/>		Objet contraphobique <input type="checkbox"/> : .....	
Synthèse ciblée		Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>	
Soins en cours (quotidiens)			
Devenir envisagé*		Fiches spécifiques <input type="checkbox"/>	

\* Dont retour à domicile ou si retour à domicile difficile, préciser les raisons