

Fiche de liaison

Domicile Structure de soins

Renseignements sur les soins infirmiers au verso.

Médecin traitant	Cabinet infirmier
Téléphone	Téléphone

Patient

Nom

Prénoms

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Date du transfert : _ _ / _ _ / _ _ _ _

N° INSEE : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ // _ _

Personnes à prévenir

Nom	Lien de parenté	Téléphone
		Dom <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/>
		Dom <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/>

Évaluation des besoins

Cocher les cases correspondantes

Respirer	Éliminer	Dormir, se reposer
Aérosol <input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire <input type="checkbox"/>	Perturbation sommeil <input type="checkbox"/>
Oxygène <input type="checkbox"/>	Etui pénien <input type="checkbox"/>	Agitation <input type="checkbox"/>
Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Sonde à demeure <input type="checkbox"/>	Fatigue <input type="checkbox"/>
Canule trachéale <input type="checkbox"/>	Posée le _____	Communiquer
Gêne respiratoire <input type="checkbox"/>	Incontinence fécale <input type="checkbox"/>	Altération <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Constipation <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser _____
	Date dernières selles _____	_____
	Colostomie <input type="checkbox"/>	_____
Boire et manger	Se mouvoir – Éviter les dangers	Hygiène corporelle
Risque fausse route <input type="checkbox"/>	Marche avec aide <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Déshydratation <input type="checkbox"/>	Incapacité à la marche <input type="checkbox"/>	Sans aide <input type="checkbox"/>
Régime <input type="checkbox"/>	Appui autorisé <input type="checkbox"/>	Soins bouche <input type="checkbox"/>
Si oui lequel _____	Barrières <input type="checkbox"/>	Score NORTON _____
Repas mixé <input type="checkbox"/>	Déambulateur/canne <input type="checkbox"/>	
Mange seul <input type="checkbox"/>	Kinésithérapie <input type="checkbox"/>	
	Bas contention <input type="checkbox"/>	
Constantes ce jour	Douleur	Port de Prothèse(s)
Pouls _____	E.V.A. _____	Dentaire <input type="checkbox"/>
T.A. _____	Doloplus _____	Auditive <input type="checkbox"/>
	Localisation _____	Lunettes <input type="checkbox"/>
Température _____	Allergies connues _____	
Fréquence respiratoire _____		Autres _____

Soins infirmiers prescrits

Perfusions

Posée le _____ Dernier pansement effectué le __ / __ / _____

Solutés et protocoles

Posée le _____ Dernier pansement effectué le __ / __ / _____

Solutés et protocoles

Traitement injectable

Dernière injection effectuée le __ / __ / _____

Dernière injection effectuée le __ / __ / _____

Dernière injection effectuée le __ / __ / _____

Alimentation entérale

Sonde nasogastrique Gastrostomie Jéjunostomie

Mélanges nutritifs

Mode d'administration

Alimentation parentérale

Voie d'abord PAC VVC VVP

Solutés/émulsions

Protocole pansement

Localisation _____ Dernier pansement effectué le __ / __ / _____

Protocole de soins

Localisation _____ Dernier pansement effectué le __ / __ / _____

Protocole de soins

Localisation _____ Dernier pansement effectué le __ / __ / _____

Protocole de soins

Renseignements complémentaires

Pour le traitement Per Os → Cf. prescription médicale

Nom et signature de l'IDE