



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