

Fiche de liaison Ville – Hôpital

En complément du dossier médical, infirmier si possible.

Fiche à destination des médecins, IGU, cadre de santé.

Coordonnées du patient

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Téléphone :

Adresse :

Personne à prévenir

Nom :

Prénom :

Lien :

Téléphone :

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone :

Mail :



PHARMACIE

Nom :

Téléphone :

Mail :

Le patient a-t-il une infirmière à domicile ?	☐ Non	☐ Oui Nom : Téléphone :
Le patient a-t-il des aides à domicile ?	☐ Non	☐ Oui Nom : Téléphone :

Le patient bénéficie-t-il de l'APA ?	☐ Oui	☐ Non
Le patient est-il connu du DAC ?	☐ Oui	☐ Non
Quel est le GIR du patient ?		

Contexte social

Le patient vit-il seul ? ☐ Oui ☐ Non

Le patient se déplace-t-il seul ? ☐ Oui ☐ Avec aide ☐ Non

Le patient fait-il sa toilette seul ? ☐ Oui ☐ Avec aide ☐ Non

Si pas de dossier médical ou IDE joint

Antécédents :

Traitement :

Allergie :

Poids : ... **Pouls :** ... **TA :** ... / ... **FR :** **HGT :** ...