



DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE DOMICILE HOSPITALISATION

Il est recommandé aux professionnels de pré-remplir les pages 1/4 et 2/4

➤ Information sur le patient :

Nom : Prénom : Date de naissance :
 Sécurité sociale : Mutuelle :
 Adresse :
 Téléphone : Mail :

➤ Information sur la personne de confiance :

Lien avec le patient :
 Nom : Prénom :
 Téléphone : Mail :

➤ Information sur l'entourage :

Lien avec le patient :
 Nom : Prénom :
 Téléphone : Mail :

➤ Directives anticipées : Oui (cf la fiche des directives) Non Écrit le :

➤ Professionnels de santé :

Médecin traitant : Dr Téléphone : Mail :	Cabinet infirmier : Téléphone : Mail : Nombre de passages/jour :
Pharmacie : Téléphone : Mail :	Médecins spécialistes : Dr Téléphone : Mail : Dr Téléphone : Mail :
Masseur-kinésithérapeute : Téléphone : Mail : Nombre de passages/semaine :	Services d'aide à la personne : Nom/Prénom intervenant(s) : Numéro de téléphone Nombre de passages/jour :
Orthophoniste : Téléphone : Mail : Nombre de passages/semaine :	Transport : Numéro de téléphone :



DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE DOMICILE HOSPITALISATION

Nom / Prénom :

Date de naissance :

➤ Antécédents médicaux :

➤ Allergies : Oui Non

➤ Prothèse dentaires : Oui (haut / bas) Non

➤ Lunette : Oui Non

Pathologie(s) actuelle(s) :
.....
.....

➤ Suivi médical en cours :

Soins infirmiers :	Prescriptions associées :
Séances de kinésithérapie :	Prescriptions associées :
Séances d'orthophonie :	Prescriptions associées :



DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE HOSPITALISATION / CONSULTATION

→ A REMPLIR LORS D'UNE HOSPITALISATION OU CONSULTATION

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Rempli par : Fonction :
Téléphone : Date : Heure :

- Motif de la demande d'hospitalisation ou de consultation non programmée (évolution ou changements constatés ces derniers jours) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- État du patient :

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Habituel | <input type="checkbox"/> Différent | <input type="checkbox"/> Conscient | <input type="checkbox"/> Inconscient | <input type="checkbox"/> Réveillable |
| <input type="checkbox"/> Asthénie | <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre | |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Raideurs | <input type="checkbox"/> Atonie | <input type="checkbox"/> Clonie | <input type="checkbox"/> Tremblements |
| <input type="checkbox"/> Douleur : EVA..../10 | | <input type="checkbox"/> Autres : | | |
| <input type="checkbox"/> Variation de poids récente : +/- Kg en jours | | | | |

- Communication :
- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Trouble de la compréhension (gravité : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3) |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'expression | (gravité : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) |
| <input type="checkbox"/> Trouble mnésique | (gravité : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3) |

Tension artérielle : Température : Puls : Saturation en O2 en AA :
Oxygène : Oui Non Nombre de litres :
Glycémie capillaire : Fréquence respiratoire :



FICHE RETOUR HOSPITALISATION CONSULTATION SPÉCIALISÉE

Prévoir avec l'équipe soignante de ville le retour à domicile du patient

- Réponse écrite au motif d'hospitalisation ou consultation:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Résultats d'imagerie et de biologie (afin d'éviter les doublons et de suivre l'évolution) :

- Prescriptions de traitements mises à jour en tenant compte des prescriptions en cours :

- Prescriptions de soins paramédicaux mises à jour :

- Demande de prise de rendez-vous de consultations, de médecins spécialistes ou d'imagerie/biologie :