

FICHE DE LIAISON DES SOINS INFIRMIERS

NOM DU SERVICE	N° tél :
Fiche élaborée par :	Fait le :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE SOIGNEE			
Nom :	Prénom :	Né(e) le :	Age :
Langue :	Religion :	Coutumes :	
Personne à prévenir :	N° Tél :		
Personne prévenue :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET SOCIAL			
Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Vit en famille <input type="checkbox"/>	Vit seul <input type="checkbox"/>	En établissement <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
SUIVI SOCIAL : OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Nom :	

MEDECIN GENERALISTE :	IDE LIBERALE :
-----------------------	----------------

MOTIF DU TRANSFERT, RESUME :

SOINS DE BASE

<p>ALIMENTATION ET HYDRATATION</p> <p>Normale <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/></p> <p>Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/></p> <p>Prothèse dentaire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ELIMINATION</p> <p>Urines : continent <input type="checkbox"/> incontinent <input type="checkbox"/></p> <p>Selles : continent <input type="checkbox"/> incontinent <input type="checkbox"/></p> <p>Respiration : normale <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/></p>
<p>HYGIENE ET CONFORT</p> <p>Hygiène : Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/></p> <p>Habillage : Autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale <input type="checkbox"/></p> <p>Sommeil : Normal <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Suppléance <input type="checkbox"/></p>	<p>LOCOMOTION - MOBILISATION</p> <p>Autonome <input type="checkbox"/></p> <p>Aide partielle <input type="checkbox"/></p> <p>Aide totale <input type="checkbox"/></p>