

LIAISON HÔPITAL

IDENTIFICATION DU PATIENT

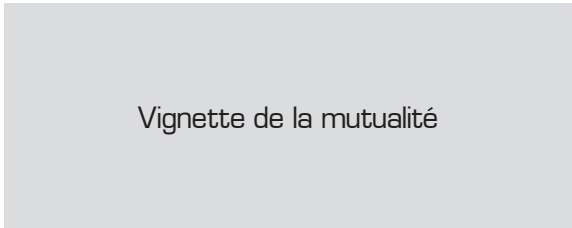
Nom et prénom :

Né le : / / Date du transfert : / /

Vit seul Vit avec :

Valide Non valide Médecin prévenu du départ

Médecin traitant :



CONTACTS

Profession	Nom et prénom	Téléphone	E-mail
Personne référente			
Contact famille			
Contact famille			
Coordination			
Infirmier(ère)			
Kinésithérapeute			
Logopède			
Aide familiale			
Garde à domicile			
Administrateur de biens			

TRAITEMENT EN COURS

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher	Remarques

Médicaments pris ce jour : A jeun : Oui Non

AIDES REQUISES POUR LES ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

Préparer les repas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?	Entretien le logement <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
Livrer les repas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?	Gérer les finances <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
Faire les courses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?	Préparer ses médicaments <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
Faire la lessive <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?	Prendre ses médicaments <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?

Autres remarques :



EVALUATION ÉCHELLE DE KATZ

Nomenclature : forfait A forfait B forfait C

Forfait soins palliatifs, nom de l'équipe :

OBSERVATIONS : SUR LES 15 DERNIERS JOURS

Besoins fondamentaux	Aide requise	En place au domicile
SE LAVER / S'HABILLER <input type="checkbox"/> lit <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> évier <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle : <input type="checkbox"/> aide totale :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
SE DÉPLACER <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale	Appui autorisé: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Transfert lit/fauteuil: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> tribune <input type="checkbox"/> chaise roulante <input type="checkbox"/> mobilisation kiné Autre	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
S'ALIMENTER <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide partielle : <input type="checkbox"/> aide totale : <input type="checkbox"/> troubles de la déglutition	Régime : Hydratation : L/24h Prothèse dentaire adaptée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Sonde gastrique/gastrostomie placée le / / Appétit : <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
ELIMINER : <input type="checkbox"/> continence <input type="checkbox"/> incontinence urinaire <input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne <input type="checkbox"/> incontinence fécale <input type="checkbox"/> diurne <input type="checkbox"/> nocturne	Matériel d'incontinence Sonde vésicale changée le / / Stomie : urines / selles	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
RESPIRER Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie <input type="checkbox"/> Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> Aérosolthérapie <input type="checkbox"/> Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
SÉCURITÉ <input type="checkbox"/> risque de chute <input type="checkbox"/> autre risque :	<input type="checkbox"/> Télébiovigilance <input type="checkbox"/> Barrières de lit <input type="checkbox"/> Surveillance	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
COMMUNIQUER <input type="checkbox"/> désorientation <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> agitation <input type="checkbox"/> agressivité <input type="checkbox"/> déficit visuel <input type="checkbox"/> déficit auditif <input type="checkbox"/> troubles du langage <input type="checkbox"/> langue : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Prothèse auditive	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?
DORMIR	Problèmes:	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Qui ?

SOINS DE PLAIES : Soins réalisés ce jour :

Localisation	Description	Origine	Soins	Fréquence

Risque d'escarres : Oui Non

Remarques :

