



Cocher la case correspondant à la CPTS de provenance du patient

## Fiche de Liaison : Ville / Urgences

**FICHE À ENVOYER À L'IGU:** CHIAP [coord-geriatrie@ch-aix.mssante.fr](mailto:coord-geriatrie@ch-aix.mssante.fr) / Appel avant l'orientation : 04.42.33.55.61  
HPP [igu@ppr13.mssante.fr](mailto:igu@ppr13.mssante.fr) / Appel avant l'orientation : 04.42.33.87.01

<b>MOTIF D'ENTRÉE</b>	Date : ...../...../ 20.....	Heure : .....H.....
.....		
.....		
.....		
<b>Renseignée par :</b> .....	<b>Fonction :</b> .....	
<b>Mail du PS :</b> .....	<b>et/ou tel :</b> .....	

NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONE : .....

E-MAIL : .....

N°SS : .....

MUTUELLE : .....

ALD :  oui  non

Mesures de protection

 oui  non

Identification d'une PEC Soins Palliatifs

 oui  non

Présence de directives anticipées

 oui  non

ANTECEDENTS (MED, CHIR, PSY)	TRAITEMENTS EN COURS

EN PROVENANCE DE :  Domicile  Structure, précisez : .....**EQUIPE SOIGNANTE (NOM / TEL) :**

MÉDECIN GÉNÉRALISTE : .....

IDE : .....

PHARMA : .....

**PERSONNE À PRÉVENIR :**

NOM : .....

PRÉNOM : .....

TÉLÉPHONE : .....

LIEN : .....

**ENVIRONNEMENT**

FAMILIAL (vit seul,...) : .....

SANITAIRE : .....

SOCIAL (SAD,...) : .....

**AUTRE:** commentaires / observations

<b>MOBILITÉ</b>			
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Aide <input type="checkbox"/> Assistance totale	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Déambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Transferts <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>PROTHÈSES</b>			
<input type="checkbox"/> Auditives	<input type="checkbox"/> Dentaires	<input type="checkbox"/> Lunettes	
<b>DOULEUR</b>			
<input type="checkbox"/> EVA <input type="checkbox"/> Matin	<input type="checkbox"/> AM	<input type="checkbox"/> Soirée	<input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> A la mobilisation
Localisations : .....			
<b>ALIMENTATION</b> : Poids : ..... IMC : ..... Régime : .....			
Orale:			
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Tendre	<input type="checkbox"/> Liquide	<input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée
<input type="checkbox"/> Compléments alimentaires			
Entérale /SNG n°: .....			
<input type="checkbox"/> Gravité	<input type="checkbox"/> Pompe :		
<input type="checkbox"/> Nocturne	<input type="checkbox"/> 24/24h	<input type="checkbox"/> Diurne	
Parentérale : .....			
<b>TRANSIT</b>		<b>ELIMINATION URINAIRE</b>	
<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Stomie	<input type="checkbox"/> Incontinent <input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Continent <input type="checkbox"/> Bassin/urétral <input type="checkbox"/> Urétérostomie <input type="checkbox"/> Sonde vésicale CH :	<input type="checkbox"/> Incontinent Urinaire / Fécal <input type="checkbox"/> Etui pénien <input type="checkbox"/> Néphrostomie
Date dernière selles : .....		Date changement de sonde : .....	
<b>ETAT CUTANÉ</b>			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Altéré	<input type="checkbox"/> Pansement	<input type="checkbox"/> Escarre
Si pansement, produits utilisés : .....			
<b>ETAT NEUROPSYCHIQUE</b>			
Comportements :		Troubles neurocognitifs :	
<input type="checkbox"/> Agitation	<input type="checkbox"/> Agressivité verbale / physique	<input type="checkbox"/> Somnolence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non