

Liaison paramédicale

Etiquette patient

Fiche établie à chaque sortie d'hospi conventionnelle	le :	le :	le :	le :
Par : nom et fonction				
Nom de la structure et service				

Date d'entrée				
Date de sortie				
Motif de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre
Mode de transport	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre
Destination	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR
Personne à prévenir				

Douleur évaluation du jour:				
Type d'échelle	<input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> hetero	<input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> hetero	<input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> hetero	<input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> hetero
Technique utilisée à visée antalgique				
PCA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Liaison paramédicale

Date				
------	--	--	--	--

Respiration	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> trachéo n° canule : <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> kiné respi	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> trachéo n° canule : <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> kiné respi	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> trachéo n° canule : <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> kiné respi	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> trachéo n° canule : <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> kiné respi
Elimination urinaire	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n° posée le :	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n° posée le :	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n° posée le :	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n° posée le :
Transit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie
Mobilisation	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse
Hygiène	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit
Etat cutané	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pré° escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pré° escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pré° escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> pré° escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres
Sommeil	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou

Transmissions significatives				
-------------------------------------	--	--	--	--