

# Fiche de liaison parcours de la personne

(A remplir selon les éléments dont vous disposez)

## Demandeur

Nom : .....  
Professionnel référent : .....  
Tel : .....  
Mail : .....

## Destinataire

Nom : .....  
Professionnel référent : .....  
Tel : .....  
Mail : .....

## Identité de la personne

Nom Prénom : .....  
Sexe :  F  M Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....  
Tel : .....  
N° SS: ..... Caisse : .....  
Si MSA :  Exploitant  Salarié

## Motif de la demande

Répit familial  Hospitalisation  
 Perte d'autonomie  Sortie d'hospitalisation  
 Accompagnement fin de vie  Demande de relai / d'un service  Autre : .....

Mesure de protection juridique :  oui  non  Laquelle : .....

Coordonnées : .....

GIR : ..... APA :  oui  non  Dossier en cours

## Mode de vie :

Statut familial :  Seul  Couple  Marié  Pacsé  Divorcé  Veuf

Statut professionnel :  Actif : .....  Retraité  Autre : .....

Habitat :  Adapté  Non adapté : .....  Structure : .....

Services à domicile : Si oui, Nom du service : ..... Portage de repas :  oui  non

Suivi social : .....

**Projet de vie (résidentiel, centres d'intérêt...)** : .....

**Habitudes de vie (sommeil, repères...)** : .....

Consommations :  Alcool  Tabac  Autre toxique  Automédication : .....

Commentaires : .....  
.....  
.....

## Personne de confiance et / ou proche aidant

Nom Prénom : .....  
Tel : .....  
Adresse ou mail : .....

Pas de proche aidant

Médecin traitant : .....  
Tél : .....  
Médecin spécialiste : .....  
Infirmière lib : .....  
Pharmacie : .....  
Autre : .....  
.....

MOBILISATION				
Déplacement :	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec tierce personne	<input type="checkbox"/> Pas de déplacement	
Avec Aide technique :	<input type="checkbox"/> Canne	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	
	<input type="checkbox"/> Sans appui : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Appui autorisé : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	
Transfert seul :	<input type="checkbox"/> Lit/Fauteuil	<input type="checkbox"/> Assis/Debout	<input type="checkbox"/> Couché/Assis	
Transfert avec aide :	<input type="checkbox"/> Humaine : ..... personnes			
	<input type="checkbox"/> Technique : <input type="checkbox"/> Lève-personne <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Guidon de transfert			
<input type="checkbox"/> Lit médicalisé	<input type="checkbox"/> Contention : type .....		<input type="checkbox"/> Risque de chute	
HYGIENE				
Toilette :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Au lavabo	<input type="checkbox"/> Au lit	<input type="checkbox"/> Douche : Fréquence : .....par semaine
	Visage	Mains	Torse	Toilette intime
Aide partielle				
Aide totale				<i>Cochez les cases</i>
Habillage :	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Aide partielle	<input type="checkbox"/> Aide totale	
Elimination :	<input type="checkbox"/> Continent			
	<input type="checkbox"/> Incontinent : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Protection jour <input type="checkbox"/> Protection nuit / Taille protection : .....			
	<input type="checkbox"/> Fécal : Date dernières selles : .....			
	<input type="checkbox"/> Va aux WC seul	<input type="checkbox"/> Montauban		
	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire N° .....	<input type="checkbox"/> Stomie : .....		
Etat cutané :	<input type="checkbox"/> Sain <input type="checkbox"/> Fragile	Brossage : <input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Prothèses : <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide		
ALIMENTATION				
Alimentation :	<input type="checkbox"/> Normale			
	<input type="checkbox"/> Régime particulier : .....			
	<input type="checkbox"/> Haché	<input type="checkbox"/> Mixé	<input type="checkbox"/> Risque de fausse route	<input type="checkbox"/> Eau gazeuse <input type="checkbox"/> Eau gélifiée
	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide			
COMMUNICATION et COMPORTEMENT				
Difficultés à s'exprimer :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Troubles du comportement :	<input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Confus/désorienté : <input type="checkbox"/> En permanence <input type="checkbox"/> Occasionnellement			
Suivi psychologique :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre suivi : .....			
	<input type="checkbox"/> Mal entendant : <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Mal voyant <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Autres : .....			

PRESCRIPTIONS – SOINS - SURVEILLANCE	
Antécédents :	.....
Allergies :	.....
Derniers comptes rendus joints :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Traitement médicamenteux : Ordonnance jointe :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Derniers bilans sanguins : Date.....Résultats joints :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gestion du traitement :	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> IDE.....Poids : .....
Douleur :	<input type="checkbox"/> Oui ..... Cotation : ..... Echelle utilisée : .....
Aides/Soins identifiés ou préconisés :	
	<input type="checkbox"/> SSIAD <input type="checkbox"/> Soins IDE <input type="checkbox"/> Service d'aide à domicile <input type="checkbox"/> Kiné <input type="checkbox"/> Autre : .....
Nature des soins :	..... Dernier soin fait le : .....
Nombre de passages :	..... fois/jour .....fois/semaine Binôme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date de prise en soin souhaitée : .....

Partie réservée au service : .....

.....

Date

Signature