

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 :
 PTA MAIA

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/jourfois/semaine Binôme : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date de prise en soin souhaitée :

Partie réservée au service :

.....

Date

Signature