



Fiche de liaison ville/hôpital

A transmettre par voie électronique sécurisée lors de toute hospitalisation programmée ou non

COORDONNEES DU PATIENT

NOM: _____ NOM DE NAISSANCE: _____
PRENOM(S): _____
DATE DE NAISSANCE:/...../.....
N°SS: _____
ADRESSE: _____
TELEPHONE: _____

PERSONNE A CONTACTER

NOM: _____ PRENOM: _____
LIEN: _____ TELEPHONE: _____
MAIL: _____

MEDECIN TRAITANT:

TELEPHONE: _____ MAIL: _____

PHARMACIE:

TELEPHONE: _____ MAIL: _____

CABINET INFIRMIER:

TELEPHONE: _____ MAIL: _____

CABINET DE KINESITHERAPIE:

TELEPHONE: _____ MAIL: _____

ANTECEDENTS:

ALLERGIES:

EVALUATION DEPENDANCE

AUTONOME POUR:

EN PERTE D'AUTONOMIE POUR:

DEPENDANCE POUR:

**CONTEXTE SOCIAL:**

Situation connue de la PTA/DAC Var Ouest:

CONTEXTE MEDICAL JUSTIFIANT UN TRANSFERT VERS L'HOPITALCONSTANTES:

TA:

POULS:

T°C

FR:

SaO2

POIDS

HGT:

INSULINE:

HORAIRE:

NEURO: conscience oui non

troubles cognitifs oui non

SOINS EN COURS:MOTIF DE L'HOSPITALISATION:

EN URGENCE

PROGRAMMEE

PIECES JOINTES A LA FICHE DE LIAISON

Ordonnance / traitement

Analyses biologiques

Compte rendu

Autre