

Fiche de liaison d'urgence Ehpad

Fiche aller

de transfert de l'Ehpad vers le service des urgences

Rempli par (nom, prénom, fonction)

Date :

Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom :

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls _____ Tension artérielle (haute/basse) _____ Température _____ Poids récent _____

Conscient et éveillé Éveillable Non éveillable Douleur récente Localisation :

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel :

Date et heure du dernier repas :

Personnes informées du transfert au service des urgences

SAMU - Centre 15 Médecin traitant Service des urgences (SU)

Entourage Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

	Aller (Ehpad)	Retour (SU)
Aucun objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> haut <input type="checkbox"/> bas		
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite		
Autres dispositifs ou objets personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiche retour

de transfert du service des urgences vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction)

Date :

Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom :

Hôpital

Service :

Tél. :

Courriel :

Médecin du SU qui a validé la sortie

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad

Ehpad

Entourage Nom :

Lettre de liaison au médecin traitant

Documents annexes

Ordonnances de sortie

Compte rendu de passage aux urgences (CRPU)

Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic

Prescriptions

Modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)