



**FEUILLE DE LIAISON OU DE PRE-ADMISSION**

**En date du :** .....

**NOM et Prénom :** .....

**Motif d'hospitalisation / Projet de soins :** .....

.....

.....

Médecin Traitant :	Téléphone :
--------------------	-------------

Médecin Psychiatre :	Téléphone :
----------------------	-------------

Provenance :

.....

Représentant légal :	Régime social :
----------------------	-----------------

Adresse patient : .....	Mutuelle : .....
.....	→ Forfait journalier
.....	→ Chambre particulière

Téléphone patient :	.....
---------------------	-------

Langue parlée :	Allergies :
-----------------	-------------

AUTONOMIE :	+	+/-	-	Régime alimentaire :
-------------	---	-----	---	----------------------

Langage/Compréhension :	.....	.....	.....	Soins spécifiques : (plaies, escarres...)
-------------------------	-------	-------	-------	---

Repas :	.....	.....	.....	Assistance respiratoire : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---------	-------	-------	-------	---

Toilette :	.....	.....	.....	Lit médicalisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
------------	-------	-------	-------	--

Lever/Marcher :	.....	.....	.....	Rehausseur WC : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-----------------	-------	-------	-------	---

Habillage :	.....	.....	.....	Barrière : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-------------	-------	-------	-------	--

.....	.....	.....	.....	Déambulateur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
-------	-------	-------	-------	--

<b>Traitement psychiatrique :</b>	<b>Traitement somatique :</b>
-----------------------------------	-------------------------------

Médicaments	8h	12h	18h	N	Médicaments	8h	12h	18h	N

Infection nosocomiale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Présence BMR Détectée : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Chambre isolement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	---	---