

Fiche de liaison entre l'adresseur et l'EHPAD porteur de HTU

***Transmettre cette fiche avant ou lors du transfert du patient vers le dispositif HTU
accompagnée de l'ordonnance***

Adresseur

Nom / Prénom :

Structure :

Fonction :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Personne à accueillir

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Nom / Prénom proche aidant :

Lien avec le patient :

Adresse :

Téléphone :

Mesure de protection : Oui Non

Nom du représentant légal :

Adresse :

Téléphone :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

Projet de retour à domicile

Motif d'orientation vers l'HTU :

Aides existantes actuellement au domicile :

.....

Besoins repérés pour le retour à domicile :

.....

Etat de santé de la personne

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques	Pathologies actuelles et état de santé ALD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

Taille : Poids :

	Oui	Non	Complément d'informations
Conduite addictive			En cours de sevrage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Déficience sensorielle			Lesquelles :
Rééducation			<input type="checkbox"/> Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Autres :
Risque de chute			
Risque de fausse route			Régime : Texture :
Allergies			Lesquelles :
Pansements			Préciser :
Oxygénothérapie			
Soins palliatifs			
Appareillages			Lesquelles :
Pace maker			

Autonomie		A	B	C
Transfert				
Déplacement	Intérieur			
	Extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
	Jour			
	Nuit			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Comportement	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Dysphorie		
Apathie		
Désinhibition		
Instabilité de l'humeur		
Déambulations pathologiques		
Gestes incessants		
Risque de sortie non accompagnée		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Patient dépisté dans le cadre du COVID :

Oui Non
Si oui : Résultat positif Résultat négatif