



Lettre de liaison : adressage du patient

Le lien entre médecins, au service des patients

■ Identification du patient

Nom :

Prénom : Date de naissance :

Sexe : M F

Domicile/Lieu de vie :

Tél.

■ Entourage médical

Nom du médecin traitant :

Tél. Mail :

Nom du médecin spécialiste :

Tél. Mail :

■ Service contacté

Médecin prévenu : Oui Non Nom du médecin :

Service contacté :

Alerte : informations majeures à connaître

Si passage au service Urgences

- Retour possible dans le lieu de vie Oui Non

- Retour dans le lieu de vie immédiat possible même la nuit si bilan normal Oui Non

- Transfert à prévoir dans un établissement de santé/médico-social Oui Non

Pouvez vous svp préciser votre décision ?

■ Entourage socio-familial

Patient isolé : Oui Non

Personne à prévenir : Lien : Tél.

Noms/Tél.

IDE : Pharmacie :

SSIAD : Autres :

Mesures de protection : Oui Non Je ne sais pas Curatelle Tutelle Nom :

■ Autonomie du patient

Totale avant hospitalisation : Oui Non Si non, remplir items ci-dessous

Toilette : Oui Non Partielle

Habillage : Oui Non Partielle

Marche : Oui Non Partielle

Manger : Oui Non Partielle

Continence : Oui Non Partielle

Aller aux toilettes : Oui Non Partielle

Troubles cognitifs : Oui Non

■ Motif d'hospitalisation et Antécédents médicaux

Volet de synthèse ci-joint : Oui Non (contenu dans dossier informatisé)

■ Traitements

Ordonnance ci-jointe : Oui Non

Liste de médicaments complète : Oui Non

Date :/...../.....

Nom : Fonction :

Signature :