

Liaison paramédicale

Fiche établie à chaque sortie d'hospitalisation	le :	le :	le :	le :
Par : nom et fonction				
Nom de la structure et service				

Date d'entrée				
Date de sortie				
Motif de l'hospitalisation	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> bilan <input type="checkbox"/> chimio <input type="checkbox"/> aplasie <input type="checkbox"/> autre
Mode de transport	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> VSL <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> autre
Destination	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR	<input type="checkbox"/> domicile <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> SSR

Enfant douloureux	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			
Type d'échelle : laquelle ?				
Technique en cours (per os, IV, patch...)				
PCA	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			

Nutrition : poids de sortie				
Sonde naso gastrique posée le : à changer le :	n°	n°	n°	n°
Régime alimentaire spécifique	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercal.	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercal.	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercal.	<input type="checkbox"/> propre <input type="checkbox"/> sans sel <input type="checkbox"/> sans sucre <input type="checkbox"/> hypercal.
Modalités spécifiques	<input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> stomie			

Liaison paramédicale

Date				
Respiration	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné respi <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> trachéo	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné respi <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> trachéo	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné respi <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> trachéo	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné respi <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> trachéo
n° canule :
Élimination urinaire	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n°	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n°	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n°	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> couches <input type="checkbox"/> sonde n°
posée le : sondage itératif, rythme :
Transit	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> constipation <input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> incontinence <input type="checkbox"/> stomie
Mobilisation	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> kiné <input type="checkbox"/> béquilles <input type="checkbox"/> fauteuil <input type="checkbox"/> prothèse
Hygiène	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit	<input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> aide <input type="checkbox"/> toilette au lit
État cutané	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> escarres <input type="checkbox"/> matelas <input type="checkbox"/> anti escarres
Sommeil	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou	<input type="checkbox"/> grand lit <input type="checkbox"/> lit à barreaux <input type="checkbox"/> doudou
Transmissions significatives				