

# FICHE DE LIAISON Infirmier Diplômé Etat (IDE) - A retourner pour le 17 mai 2024

À remplir par l'infirmier référent, ou à défaut, par la personne assurant les soins en spécifiant sa fonction à joindre impérativement au dossier médical

## SOIGNANT :

NOM : ▪ **Orthèse** : non oui précisez :

PRENOM : ▪ **Attelles** : non oui précisez :

N° tel : Fonction (*ide, AS, autres précisez*) :

Mail :

PELERIN : NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

N° tel :

Poids :

## SOINS SPECIFIQUES :

▪ **Pansement** : localisation :

Protocole :

▪ **Escarre** : localisation :

Protocole de soins :

▪ **Prothèse** :

- articulaire : précisez :

- vasculaire : non oui précisez :

- auditive : non oui précisez :

- lunettes : non oui lentilles : non oui

- dentaire : non oui précisez :

- autre :

▪ **Aide à la locomotion** : *rayez les mentions inutiles*

Canne- béquille- déambulateur- fauteuil roulant

▪ **DMI** : *rayez les mentions inutiles*

- CIP Pic line

- Pace Maker

-Sonde gastrique

-Sonde urinaire évacuatrice :

Fréquence journalière :

-Sonde urinaire à demeure : ch. :

Date de la dernière pose :

Fréquence de changement : ... jours

*(Fournir une sonde supplémentaire)*

▪ **ALLERGIE** :

▪ **Intolérance** :

▪ **Régime alimentaire** :

- **Oxygénothérapie** : si oui précisez le débit, le nom et n° de tel du prestataire

VNI (entourer le système mis en œuvre)	Prestataire de service
Extracteur d'O2 :	Nom :
Bouteille O2 :	Adresse :
« Compagnon »	
Lunettes O2 ou masque (fournir le matériel)	N° Tel :

#### **AUTONOMIE :**

- Aide à la toilette :
- Aide à l'habillage :
- Aide au repas :
- Autonomie pour la prise de traitement (*piluliers préparés*) :  
non      oui
  - Préparer un pilulier témoin avec cachet encore dans emballage d'origine (pour identification des cachets),
  - S'assurer que tous les médicaments sont dans un même et unique sac (pour éviter la double médication).
- Incontinence :
- Aide pour élimination fécale : suppositoire, micro lavement, laxatif ....  
A quelle fréquence ?:

- Type de protections diurnes :
- Type de protections nocturnes :

#### **HABITUDE DE VIE :**

- Sieste :
- Autre :
  - Menu Mixé
  - Menu Diabétique
  - Menu Sans Sel

#### **INSTALLATION** spécifique pour déficience motrice (coussin de positionnement ou décharge) :

- Produits de Dialyse
- Matériel d'Aspiration
- Lit Hauteur Variable
- Matelas Prévention Escarres (cliniplot, mémoire de forme)
- Lève Malade
- Verticalisateur
- Lit Baignoire
- Chaise de Douche
- Chaise Percée
- Matelas à Air
- Fauteuil Roulant

Nom du rédacteur :

Fonction :

Date :