

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 :

PRENOM :

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 :

▪ Orthèse : non oui précisez :

▪ Attelles : non oui précisez :

▪ 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 :