

FICHE DE TRANSFERT VILLE/HOPITAL (prendre en photo pour copie)

LE PATIENT

Mr Mme

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

Nom et Prénom :

Date de naissance : âge :

Adresse :

.....

IDEL

Nom :

Tél :

ANTÉCÉDENTS

Allergie Autres :

CIRCONSTANCES

Chute Hémorragie Ablation Sonde Dyspnée
 Perte de connaissance Troubles ioniques : Plaies :
 Autres :

Traitement : joindre l'ordonnance

GESTES EFFECTUÉS

Constante : Tension : Pouls :
 Température : Saturation : dextro :
 Conscience : Douleur 0 → 10 :
 Si DID, quel protocole insuline :

BILAN CIRCONSTANCIEL

PERSONNE A PRÉVENIR

Nom : Tél :

INTERVENANTS / ORGANISATION A DOMICILE

Auxiliaire de vie (nom) : IDE (nom) :
 SSIAD (nom) : HAD :
 Portage de repas (nom) : Autres :