

## FICHE IDE DE LIAISON

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	

Médecin traitant :
Cabinet infirmier :

SERVICE : .....

DATE: .....

TELEPHONE : .....

Porteur BMR : ..... Site : .....

MEDECIN REFERENT : .....

Allergie : .....

<b>AUTONOMIE</b>	<b>Grille AGGIR =</b>	<b>OMS =</b>	
<input type="radio"/> Autonome	<input type="radio"/> Semi autonome	<input type="radio"/> Alité/dépendant	<input type="radio"/> Lever : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="radio"/> Appui : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> délai : .....

<b>TOILETTE</b>
<input type="radio"/> Autonome <input type="radio"/> Aide partielle <input type="radio"/> Aide complète

<b>VOIE D'ABORD</b>
<input type="radio"/> Cathéter central <input type="radio"/> PAC <input type="radio"/> Périphérique <input type="radio"/> Sous-cutané <input type="checkbox"/> Date de pose : ..... <input type="checkbox"/> Pansement <input type="checkbox"/> Date de changement aiguille : ..... <input type="checkbox"/> Date de pose : .....

<b>OXYGENOTHERAPIE</b>	<b>TRACHEOTOMIE</b>
<input type="radio"/> Dépendant    Débit :	<input type="radio"/> Canule <input type="radio"/> Soins Changement le .....

<b>AEROSOLS</b> ⇒ Produits utilisés : <i>(voir prescription médicale)</i>	⇒ Nombre/jour :
---	-----------------

<b>ALIMENTATION</b>			<b>Poids =</b>
<input type="radio"/> <b>Orale</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixe <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Compléments alimentaires <input type="checkbox"/> Régime : ..... <i>(joindre une copie du régime)</i>	<input type="radio"/> <b>Entérale</b> <input type="checkbox"/> SNG n°    Posée le : <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> Jéjunostomie <input type="checkbox"/> 24h/24 <i>voir prescription médicale</i> <input type="checkbox"/> Diurne	<input type="radio"/> <b>Parentérale</b> <input type="checkbox"/> Nom du produit : <i>voir prescription médicale</i> <input type="checkbox"/> Nocturne <input type="checkbox"/> 24h/24 <input type="checkbox"/> Diurne	

<b>TRANSIT</b>
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Stomie <input type="radio"/> Constipation <input type="radio"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Lavement

Traitement : *(voir prescription médicale)*

<b>ELIMINATION URINAIRE</b>
<input type="radio"/> Continent <input type="radio"/> Incontinent <input type="radio"/> Bassin / urinal <input type="radio"/> Etui pénien <input type="radio"/> Sonde vésicale CH : <input type="radio"/> Urétérostomie <input type="radio"/> Néphrostomie    Changement le .....

SERVICE :

OU CABINET INFIRMIER :

Nom et prénom du patient : .....

**ETAT BUCCAL**

- Normal                       Sécheresse                       Dououreux                       Mycose                      Autres :  
 Soins de bouche  
↳ Produits utilisés :                      ↳  Bâtonnet mousse                      ↳ Autre : .....  
↳ Nombre / jour :                      ↳  Compresse

**ETAT CUTANE**

- Normal                       Altéré                       Escarre                       Pansement

Localisation	Stade

**Produits utilisés :**

- Sérum physiologique                       Eau stérile                       Hydrofibre                       Alginate  
 Hydrogel                       Hydrocolloïde                       Hydrocellulaire                       Autre  
 Charbon                       Interfaces                       Antiseptique

**DOULEUR**

- Evaluation :  EVA                       Autre : .....  
 Matin                       Après midi                       Soirée                       Nuit                       A la mobilisation  
Localisations : .....  
 PCA  
↳ Modèle :                       IV                       S/C

**ETAT NEUROPSYCHIQUE**

Comportements	Troubles cognitifs
<input type="radio"/> Agitation <input type="radio"/> Agressivité verbale <input type="radio"/> Somnolence <input type="radio"/> Agressivité physique	<input type="radio"/> Confusion <input type="radio"/> Désorientation temporo-spatiale <input type="radio"/> Hallucinations <input type="radio"/> Démence

**ETAT PSYCHOLOGIQUE**

**SOUFFRANCE MORALE**

- Anxiété                       Angoisse                       Troubles de l'humeur                       Insomnie                       Patient                       Entourage  
Autre : .....

DATE	COMMENTAIRES / OBSERVATIONS

NOM, FONCTION et SIGNATURE DU PROFESSIONNEL :

FAIRE COPIE POUR DOSSIER PATIENT