Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

FICHE DE LIAISON / HÔPITAL - MR(S)

○ **ENTRÉE** HÔPITAL ○ **SORTIE** HÔPITAL

Encart pour une vignette mutuelle

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Médecin traitant/référent : *Dr* ..... ☎ .....

Infirmier(ière) de référence/en chef : ..... ☎ .....

Proche(s) à prévenir : ..... ☎ .....

..... ☎ .....

..... ☎ .....

Mandataire :
(*au sens de la loi relative aux droits du patient*)

..... ☎ .....

Souhaits de fin de vie (PSPA, NTBR, statut, conviction philosophique ou religieuse…) :
Si particularité, elle est inscrite par le médecin hospitalier dans le lettre de sortie médicale:

.....

.....

.....

.....

.....

RAISON DE L'HOSPITALISATION

.....

TRANSPORT PRÉVU le ..../..../.... **Heure :** ....h....

réalisé par : ○ un proche ○ autre : .....

KATZ ○ A B C Cd D

(*suite voir page suivante* ▸▸)

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

SITUATION DE SANTÉ

PARAMÈTRES

TA :	FC :	T° :	Poids :	Glycémie :	Saturation 02 :	Douleur(s) :

HABITUDES DE VIE

	Autonomie	Accompagnement	Dépendance

ALIMENTATION

		Autonomie	Accompagnement	Dépendance
Allergies :	☐ Besoin de boire ☐ Besoin de boire avec un épaississant ☐ Besoin de manger			

☐ Alimentation per os : Aliment(s) refusé(s) ..... Intolérance alimentaire : .....

Prothèse dentaire : ◯ Oui ◯ Non .....

Risques de fausses déglutitions : ◉ Oui ◯ Non

Régime : ☐ Sans sel ☐ Hyperprotéiné ☐ Diabétique ☐ Autre : .....

Texture : .....

☐ Alimentation entérale Sonde : ..... placée le : ..... Type alimentation : .....

Aliment(s) refusé(s) : .....

Compléments alimentaires : .....

ÉLIMINATION

		Autonomie	Accompagnement	Dépendance
☐ Urinaire ☐ Fécale ☐ Continence ☐ Incontinence nocturne ☐ Incontinence diurne Protection : ☐ jour ☐ nuit ☐ Sonde vésicale Transit ☐ diarrhée ☐ constipation ☐ incontinence fécale ☐ stomie	☐ WC ☐ Panne ☐ Chaise percée Autre :			

MARCHE

		Autonomie	Accompagnement	Dépendance
Déplacement : ..... Risque de chute : ◯ oui ◯ non Problème de déambulation : ◯ oui ◯ non	☐ Marche ☐ Tribune/béquille/canne ☐ Chaise roulante ☐ grabataire			

(suite voir page suivante ▸▸)

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

SOMMEIL	HYGIÈNE	Autonomie	Accompagnement	Dépendance
○ Pas de difficultés ○ Difficultés : .... Habitudes :	☐ Bain/douche ☐ Lavabo ☐ Lit			

COMMUNICATION

Vue : ☐ Lunettes Ouïe : Prothèse auditive ○ G ○ D

☐ Cécité ☐ Surdité

Cognition déficit ○ oui ○ non MMSE : .....

Déficit/Handicap mental ○ oui ○ non

Communication orale ○ non ○ verbal

RESPIRATION

☐ Sans problème

Dyspnée : ☐ à l'effort ☐ au repos

Toux : ○ oui ○ non

Oxygène : ○ oui ○ non .....

Aérosols : ○ oui ○ non

Puffs : ○ oui ○ non

ÉTAT MENTAL

☐ État confusionnel
☐ Repli sur soi
☐ Anxiété/angoisse
☐ Agitation
☐ Risque de glissement
☐ Troubles de l'orientation
☐ Risque de suicide

Autre : .....

.....

BILAN PLURIDISCIPLINAIRE

Kiné : ○ oui ○ non* *inscrit dans autres suivis si nécessaire*

.....

.....

Logo : ○ oui ○ non

.....

.....

Ergo : ○ oui ○ non

.....

.....

Psy : ○ oui ○ non

.....

.....

TRAITEMENT ACTUEL

En date du : ..... Noté dans lettre de sortie par médecin

MÉDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER