

DOSSIER DE LIAISON D'URGENCE

(= informations minimales extraites du dossier, devant être accessibles et à jour, afin de pouvoir délivrer les soins plus adaptés en situation d'urgence)

1. ÉLÉMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom :

Prénom :

Date de naissance (jj.mm.aaaa) :

Établissement d'hébergement :

Adresse :

Tél :

Médecin coordonnateur :

Infirmière coordinatrice :

Personne de confiance désignée par écrit :

Nom :

Tél :

Coordonnées d'un référent de l'entourage :

Nom :

Lien (de parenté) :

Tél :

Médecin traitant :

Nom :

Tél :

Adresse :

Protection juridique : NON EN COURS

OUI et coordonnées du Tuteur/Curateur/Mandataire :

2. EVALUATION MEDICALE

Pathologies en cours :

Antécédents personnels :

Médicaux :

Psychiatriques :

Chirurgicaux :

Allergie : OUI préciser laquelle :

NON

Régime :

Addictions :

Alcool : OUI

NON

Tabac : OUI

NON

Autre :

Poids : kg

Taille : cm

Traitement actuel détaillé :

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

3. EVALUATION DES SOINS

3.1. Evaluation des besoins fondamentaux :

	COCHER LA CASE CORRESPONDANTE	<i>Cotation AGGIR NE RIEN COCHER</i>
	↓	↓
1 - <u>COHERENCE</u> : (converser et /ou se comporter de façon sensée, adaptée)	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> PARTIELLEMENT PERTURBEE <input type="checkbox"/> TOTALEMENT PERTURBEE <input type="checkbox"/> DEMENCE DIAGNOSTIQUEE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
2 - <u>ORIENTATION DANS LE TEMPS ET L'ESPACE</u> :	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> ORIENTE AVEC AIDE <input type="checkbox"/> DESORIENTATION EPISODIQUE <input type="checkbox"/> DESORIENTATION TOTALE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
3 - <u>HUMEUR, COMPORTEMENT</u> :	<input type="checkbox"/> NORMALE <input type="checkbox"/> APATHIE, DEPRESSION <input type="checkbox"/> AGITATION, AGRESSIVITE <input type="checkbox"/> CRIS <input type="checkbox"/> FUGUE <input type="checkbox"/> <i>Commentaires :</i>	
4 - <u>TOILETTE, HYGIENE</u> :	<input type="checkbox"/> SEUL (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> AIDE (haut et/ou bas) <input type="checkbox"/> DEPENDANCE TOTALE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
5 - <u>HABILLAGE</u> :	<input type="checkbox"/> SEUL (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> AIDE (haut, bas, ceinture, lacets, boutons) <input type="checkbox"/> DEPENDANCE TOTALE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
6 - <u>ALIMENTATION HYDRATATION</u> :	<input type="checkbox"/> SEUL <input type="checkbox"/> AIDE <input type="checkbox"/> ASSISTANCE TOTALE <input type="checkbox"/> TROUBLE DE LA DEGLUTITION	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
7 - <u>ELIMINATION</u> :	<input type="checkbox"/> CONTINENCE URINAIRE ET FECALE <input type="checkbox"/> INCONTINENCE OCCASIONNELLE (JOUR/NUIT) <input type="checkbox"/> INCONTINENCE TOTALE	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

8 - LOCOMOTION :

- ADAPTEE
- DEAMBULATION INADAPTEE
- CHUTES FREQUENTES

9 - TRANSFERT :

(lit/fauteuil)

- AUTONOME
- AVEC AIDE
- DEPENDANT

- A
- B
- C

**10 - DEPLACEMENT
A L'INTERIEUR :**

- AUTONOME
- AVEC AIDE D'UNE PERSONNE
- AVEC CANNE OU DEAMBULATEUR
- EN FAUTEUIL ROULANT
- GRABATAIRE

- A
- B
- C

**11 - DEPLACEMENT
A L'EXTERIEUR :**

(à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport, c.à d. à pieds)

- FAIT SEUL
- AVEC AIDE
- NE FAIT PAS

- A
- B
- C

**12 - COMMUNICATION
A DISTANCE :**

(téléphone, sonnette, alarme)

- FAIT SEUL
- AVEC AIDE
- NE FAIT PAS

- A
- B
- C

13 - DOULEUR :

PHYSIQUE OUI NON
localisation : _____

MORALE (anxiété, pleurs, dépression)
 OUI NON

3.2. Evaluation des soins techniques infirmiers :

COCHER LA CASE
CORRESPONDANTE

COMMENTAIRES



Pansements : → préciser leur nombre et leur localisation

- Soins d'ulcère
- Soins d'escarre
- Pansements divers

Sondes :

- Sonde à oxygène
- Sonde nasogastrique
- Sonde de trachéotomie
- Sonde urinaire

Stomies :

- Urétérostomie
- Colostomie
- Gastrostomie

Appareillage divers :

- Pace-maker
- Chambre implantable
- Prothèse
- Orthèse
- Appareillage ventilatoire
[VNI, CPAP, etc...]

Aucun Soin Technique :

Soins Palliatifs :

Prothèses mobiles :

- Prothèses dentaires
- Prothèses auditives
- Lunettes
- Autres (préciser)

4. PROJET DE PRISE EN CHARGE

Risque(s) identifié(s) et réponse(s) préconisée(s) face à ce(s) risque(s) :

- indiquer les recommandations pour la prise en charge soignante :

- indiquer les recommandations pour la prise en charge médicale :

Nom et Fonction de l'évaluateur :

Date :

Signature :