

# Document Médico-Social de transmission

Adressé par

A

Le

N° de tél.

N° de Fax.



Transfert en urgence :

oui  non

**Demande d'admission pour un hébergement :**

oui  non, si oui :  long séjour  court séjour  séjour d'obs.

Les informations contenues dans ce document de transmission sont rédigées uniquement en vue de l'amélioration de la prise en charge du bénéficiaire (intérêt prépondérant). Pour tous compléments d'information se référer **au mode d'emploi**.

1. DONNEES DE BASE	
Nom	
Prénom	
Sexe	
N° AVS	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Nationalité	
Origine	
Etat civil	
Date d'entrée	
Date de sortie	
Filiation maternelle	
Filiation paternelle	
Religion / confession	
Adresse du domicile	
Téléphone du domicile	
Profession	
Nom et prénom du conjoint	
Tél. en urgence chez (nom et tél.)	
Médecin	<input type="checkbox"/> traitant <input type="checkbox"/> hospitalier <input type="checkbox"/> autre
Nom(s) et tél.(s) du(es) médecin(s)	
Patient connu du CMS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas, si oui lequel :

2. DONNEES COMPLEMENTAIRES	
Représentant thérapeutique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Nom et tél. du représentant	
Directives anticipées	<input type="checkbox"/> en annexe ou déposées auprès de :
PLAFA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> annexe <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> démarches en cours <input type="checkbox"/> ne sait pas
Dates relatives au PLAFA	de demande : _____ de décision : _____
Caisse maladie	
N° assuré	
Caisse accident	
N° assuré	
PC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> démarches en cours <input type="checkbox"/> ne sait pas



Nom et prénom du patient : .....

<b>7. BILAN DE SANTE SOMATIQUE ET PSYCHIQUE AU MOMENT DU TRANSFERT</b>	
<b>Somatique</b>	<b>Description / Actions entreprises / Résultats</b>
Respiration	
Alimentation, hydratation	
Elimination (y.c. changement, pose)	<input type="checkbox"/> sondes et stomies
Etat de la peau, plaies, cicatrices	
Coordination, posture, mobilité, etc.	
Chutes	
Addiction	
Autres précisions concernant l'état général	
<b>Psychique</b>	<b>Description / Actions entreprises / Résultats</b>
Tristesse	
Anxiété	
Peut être auto-agressif dans les situations suivantes	
Peut être agressif dans les situations suivantes	
Déambule	
Parle, crie ou se lève la nuit	
Tendance à fuguer par désorientation	
Tendance à fuguer volontairement	
Autres, préciser	

<b>8. INTERVENANTS UTILES A LA PRISE EN SOINS DU PATIENT DANS LA SITUATION ACTUELLE</b>	
Nom, fonction, tel.	
Nom, fonction, tel.	
Nom, fonction, tel.	

Nom et prénom du patient : .....

**9. PRISE EN CHARGE LE JOUR DU TRANSFERT**

<b>Transfert</b>			
Transféré avec	<input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> appareil dentaire <input type="checkbox"/> appareil acoustique <input type="checkbox"/> canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/> chaise roulante <input type="checkbox"/> autre, préciser :		
Enveloppe de transfert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Transport effectué par			
Le			
Objet(s) perdu(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui le(s)quel(s) :		
Objet(s) en recherche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui le(s)quel(s) :		
<b>Motif du transfert / Objectifs de soins/ Projet pour le patient</b>			
Patient en accord avec le transfert	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>Traitement en cours et soins à effectuer / Moyens et matériel nécessaires / Surveillance</b>			
Protocole mesures de contrainte			
en annexe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Allergies connues	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, si oui lesquelles :		
<b>Consultations</b>			
Agendées			
A prévoir			
<b>Derniers médicaments pris le jour du transfert - Description</b>	<b>Matin</b>	<b>Midi</b>	<b>Soir</b>
Ordonnance en annexe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

**Document médical**

En annexe  oui  non

Suit  oui  non

Envoyé au Dr :

Document finalisé par :

Fonction :

Timbre :

Le :

Validation :