



FEUILLE DE TRANSFERT

A remplir par l'infirmière référente

Emetteur (timbre) ou logo	DESTINATAIRE
---------------------------	---

1. Renseignements administratifs

NOM :	PRENOM :
Date naissance :	Langue(s) parlée(s) :
Adresse :	Téléphone :
.....	
.....	
Etat civil :	Nom de jeune fille :
N° d'AVS :	
N° d'assuré :	Assurance :
Médecin traitant :	
Adresse :	Téléphone :
Lieu de provenance :	Durée d'hospitalisation :

2. Représentant thérapeutique et/ou proche aidant et/ou curateur

Cocher ce qui convient : représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/>	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél. privé : Tél. prof. :	Lien (parenté/autre) :
Tél. portable :	averti : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse e-mail :	

Cocher ce qui convient : représentant thérapeutique <input type="checkbox"/> proche aidant <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/>	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél. privé : Tél. prof. :	Lien (parenté/autre) :
Tél. portable :	averti : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Adresse e-mail :	

Existence de directives anticipées : non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> si oui où ?
--

3. Motif du transfert

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Traitements soins

Joindre les différents protocoles relevant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Autres suivis (cocher ce qui convient)

			Jour /...horaire ..
<input type="checkbox"/>	Physiothérapie : nom :	n° tél. :
<input type="checkbox"/>	Ergothérapie : nom :	n° tél. :
<input type="checkbox"/>	Logopédie : nom :	n° tél. :
<input type="checkbox"/>	Service social : nom :	n° tél. :
<input type="checkbox"/>	Foyer de jour nom :	n° tél. :
<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :

8. Soins palliatifs

non oui à joindre l'outil/échelle d'évaluation des symptômes

à joindre la check-list HUG retour à domicile d'un patient en soins palliatifs

Remarques : (projet, attentes, préoccupations, craintes du patient ou proche) :

.....

9. Autres renseignements importants

Prochaines consultations / rendez-vous

.....

.....

.....

.....

Autres remarques utiles à la prise en charge (préciser si allergies connues, MRSA, état infectieux, etc.) :

.....

.....

.....

Paramètres vitaux le jour de la sortie :

.....

Douleur : Localisation :

Liée à :

Attitude préconisée :

Etabli par (en majuscule svp) :	Date :	Signature :
NOM et PRENOM		

Coordonnées des personnes susceptibles de donner des renseignements complémentaires (médecin prescripteur, infirmière référente (nom + numéro de téléphone)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

Documents annexés	
<input type="checkbox"/> lettre de sortie	<input type="checkbox"/> résumé infirmier
<input type="checkbox"/> prescription médicale	<input type="checkbox"/> demande d'aide et de soins à domicile
<input type="checkbox"/> protocole (préciser type) :	
<input type="checkbox"/> échelle (préciser type) :	
<input type="checkbox"/> autres :	

Janvier 2016