



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la santé et des mobilités
Office cantonal de la santé

FEUILLE DE TRANSFERT DOMICILE - HÔPITAL

À remplir par l'infirmière référente des soins à domicile

1. Renseignements administratifs

NOM : Prénom :
Date de naissance : N° d'AVS :
Médecin traitant :

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

Cocher ce qui convient :

- Curateur administratif Curateur de portée générale
 Représentant thérapeutique Proche aidant

Lien (parenté/autre) :

Averti : oui non

NOM :

Prénom :

Téléphone :

Adresse e-mail :

3. Contexte de vie et projet souhaité

Situation de soins palliatifs : non oui (*joindre les échelles d'évaluation de la douleur si existantes*)

Existence de directives anticipées : non oui où ?

Projet de vie (EMS, RAD...) : non oui lequel ?

Nécessité d'un colloque réseau en vue de la sortie : non oui Objectif :

4. Motif du transfert

5. Actes de la vie quotidienne avant l'hospitalisation (cocher ce qui convient)

Activité	seul	avec aide	dépendant
Boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'asseoir/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> À l'aide de (préciser)
Monter les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couche/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continence	oui	non
Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens de protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

État cognitif	oui	non
Sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance des personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moyens auxiliaires	
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire supérieure	Commentaire :
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire inférieure
<input type="checkbox"/> Lunettes
<input type="checkbox"/> Appareil(s) acoustique(s)
<input type="checkbox"/> Autres :

Barrières architecturales à domicile	
<input type="checkbox"/> Accessibilité du logement en moyen auxiliaire (<i>fauteuil, rollator</i>)
<input type="checkbox"/> Encombrement du logement (<i>tapis, mobilier, etc.</i>)
<input type="checkbox"/> Escalier intérieur	<i>Nombre de marches</i> :
<input type="checkbox"/> Escalier extérieur	<i>Nombre de marches</i> :
Salle de bain sécurisée :	
<input type="checkbox"/> Poignée murale / barre d'appui	
<input type="checkbox"/> Planche de bain	

6. Traitements médicamenteux

- Gestion des médicaments par le patient / proche
 Préparation et/ou administration des médicaments gérée par le prestataire de soins (**à joindre**).

Traitements reçus le jour du transfert, si connus :

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

7. Prise en charge domiciliaire

Si automatisé, joindre les objectifs de prise en charge, le plan de soins et les prestations, sinon remplir :

Objectifs de prise en charge :

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

Plan de soins (détail des actes) :

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

Prestations (cocher ce qui convient) :

	Institution / nom	Fréquence
<input type="checkbox"/> Soins infirmiers
<input type="checkbox"/> Soins de base
<input type="checkbox"/> Aide pratique
<input type="checkbox"/> Entretien du logement
<input type="checkbox"/> Course
<input type="checkbox"/> Physiothérapie
<input type="checkbox"/> Ergothérapie
<input type="checkbox"/> Sécurité
<input type="checkbox"/> Diététique
<input type="checkbox"/> Repas
<input type="checkbox"/> Logopédie
<input type="checkbox"/> Service social
<input type="checkbox"/> Foyer de jour
<input type="checkbox"/> Veille
<input type="checkbox"/> Autre :

8. Autres renseignements importants

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

13 novembre 2025

Établi par (en majuscule svp) :

NOM et Prénom

Date

Signature