



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 : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (<i>joindre les échelles d'évaluation de la douleur si existantes</i>)
Existence de directives anticipées : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui où ?
Projet de vie (EMS, RAD...) : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui lequel ?
Nécessité d'un colloque réseau en vue de la sortie : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Objectif :

4. Motif du transfert

État de santé des 3-4 derniers jours à domicile
.....
.....
.....
.....
.....
Remarques utiles à la prise en charge (préciser si allergies connues, MRSA, état infectieux, etc.) :
.....

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

<u>Activité</u>	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"/>
Coucher/se lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Continence</u>	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"/>	

<u>État cognitif</u>	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"/>

<u>Moyens auxiliaires</u>	
<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 :	

<u>Barrières architecturales à domicile</u>
<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**).

Traitement reçu le jour du transfert, si connu :

.....

.....

.....

.....

.....

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