

Qualité-gestion des risques/

Prévention-maitrise du risque infectieux en EMS :

*Construisons ensemble les repères pour sécuriser les organisations*

Fiche de liaison d’urgence DLU - EANM

Ce document est à remplir au moment du transfert de l’EANM vers le SU

**Fiche « Aller » de l’EANM vers le Service des Urgences**

**Rempli le :** date ../../…. **par : Nom, prénom(s).** Profession.

**Résident ou personne accompagnée**

Nom, Prénoms :Nom d’usage,-Prénom(s). Date de naissance ../../…..

**Motif de transfert en service des Urgences :**

**Etat du patient :**

Habituel  Différent  Conscient et éveillé  Eveillable  Inconscient

**Constante du patient :**

Mesurée par un professionnel de l’EMS  Famille / Aidant

Pouls :       Tension artérielle :       Température :

**Personnes informées du transfert au Service des Urgences :**

Le « 15 »  Médecin traitant  Intervenants à domicile Service des Urgences

Personne référente/Entourage Nom :

AutrePréciser**:**

**Commentaires :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liste des prothèses et objets personnels** | **Aller (EANM)** | **Retour (SU)** |
| Lunettes |  |  |
| Prothèses dentaires :  Haut  Bas |  |  |
| Prothèses auditives :  Droite  Gauche |  |  |
| Pace maker |  |  |
| Autres dispositifs ou objet personnels (canne, fauteuil, etc) |  |  |

**Fiche « Retour » du Service des Urgences vers l’EANM/Domicile**

**Rempli le :** date ../../…. **par : Nom, prénom(s).** Profession.

**Résident ou personne accompagnée**

Nom, Prénom(s) :Nom d’usage,-Prénom(s). Date de naissance ../../…..

Vérification de la possibilité de retour à domicile immédiat (accessibilité, présence d’un aidant, …)

Sortie vers une structure plus adaptée – Précisez laquelle :

**Hôpital :**

Service :       🕿/🖷 :

e-mail :

**Médecin du service des urgences qui a validé la sortie :**

Nom, Prénoms :       🕿 :

**Documents joints :**

Ordonnance de sortie  Autres (à préciser) :

**Personnes/Services intervenant au domicile contacté(e)s pour l’organisation du retour à domicile :**

Personne référente/ Aidant :       🕿 :

Service intervenant au domicile (préciser SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, SESSAD, HAD, Autres) :

      🕿 :

Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers :       🕿 :

Médecin traitant :       🕿/🖷 :

Pharmacien habituel :       🕿 :

Résidence Autonomie (directeur) :       🕿 :

Autre - préciser :       🕿 :

**Document(s) adressé(s) au médecin traitant :**

Ordonnances de sortie  courriel remis à l’usager  E-mail  DMP

Copie du résumé de passage aux urgences (RPU)  courriel remis à l’usager  E-mail  DMP

**Examen(s) ou consultation(s) programmé(es) – lieu date et heure:**

**Recommandations pour le retour au domicile**

**Nécessité de revoir le médecin traitant :**

Oui  Non  Délai :