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 :