

# Fiche de liaison avec l'hôpital

Date : / /

Nom		Porteur BMR		Médecin traitant		Service	
Prénom		Site		Cabinet infirmier		Téléphone	
Date de naissance	/ /	Allergie(s)				Médecin référent	

## Autonomie

### Grille AGGIR =

Autonome    Semi autonome    Alité / dépendant    Lever :    oui    non    Appui :    oui    non    délai :

## Toilette

Autonome    Aide partielle    Aide complète

## Voie d'abord

Cathéter central   Date de pose : / /    Pansement  
 PAC   Date de changement aiguille : / /

## Oxygénothérapie

Dépendant   Débit :   **Trachéotomie**    Canule   Changement le : / /    Soins

## Aérosols

Produits utilisés : (voir prescription médicale)   Nombre / jour :

## Alimentation

Orale    Entérale    Parentérale   Poids =  
 Normale    Hachée / mixée    Gélifiée    Liquide    Compléments alimentaires    Régime :  
(joindre une copie du régime)    SNG n°   Posée le : / /    Nocturne    24h/24    Diurne   Nom du produit :  
*Voir prescription médicale*    Nocturne    24h/24    Diurne  
 Gastrostomie    Jéjunostomie   *Voir prescription médicale*

## Transit

Continent    Incontinent    Stomie    Diarrhée   Traitement : voir prescription médicale

## Elimination urinaire

Continent    Incontinent    Urétérostomie    Néphrostomie    Sonde vésicale CH :  
Changement le : / /