



## FICHE DE LIAISON

À envoyer à la CPTS VEM du lieu de résidence de la personne concernée : ZKBC

[contact.cptsvem@gmail.com](mailto:contact.cptsvem@gmail.com)

06 59 70 40 56

Date de demande :

### ORIGINE DE LA DEMANDE

Établissement / Professionnel de santé / Famille / Autre

Précisez :

Nom :

Téléphone :

Mail :

### PERSONNE CONCERNEE

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Téléphone :

Mail :

Adresse complète :

Code(s) d'entrée :

### ENVIRONNEMENT SOCIAL

Où se trouve la personne au moment de la sollicitation :

Si actuellement en établissement médico-psycho-social, date de sortie envisagée :

Personne vivant seule :  Oui  Non Capacité à alerter :  Oui  Non

Personne à contacter :

Mesures de protection :  Tutelle  Curatelle  NSP

Si mineur – responsable légal :

Personne suivie par :  CCAS  Service d'aide au domicile, précisez :

### SITUATION ACTUELLE

- Problème(s) lié(s) aux AVQ (se nourrir, se vêtir, se laver, se déplacer) Refus de soins de la part du patient  
 Problème(s) lié(s) dans les activités de la vie domestiques (courses, ménage, préparation des repas)

### OBJET DE LA DEMANDE

- Retour de structure  Maintien au domicile  
 Recherche de professionnels de santé (à préciser) :  
 Recherche de tierces personnes ou aidants (à préciser) :  
 Portage des repas  Téléalarme  Distribution des traitements  
 Aménagements du domicile  Autre (à préciser) :  
 Admission en établissement médico-psycho-social :  Courte durée  Moyen séjour  Long

### INFORMATIONS A CARACTERE MEDICAL

Médecin traitant / référent : Dr  ALD GIR :  1  2  3  4  NSP

#### Pathologie aiguë :

- Neurologie – psychiatrie (troubles cognitifs, comportementaux et de l'humeur)  Troubles de l'équilibre  
 Dermatologie (plaies, lésions cutanées)  Dénutrition  Infection  Pédiurie  
 Urologie (rétention)  Ophtalmologie (trouble de la vue)  Oedèmes

#### Pathologie en cours de suivi

- Endocrinologie (diabète/thyroïde)  Digestive  Neurologie (AVC/Parkinson)  Rhumatologie  
 Cardiologie  Pneumologie  Néphrologie  Cancérologie (à préciser) :  Psychiatrie  
 Ophtalmologie  Douleur chronique  Dépendance (médicaments, autres)

Traitement : Merci de joindre une copie des prescriptions par mail ou par SMS au 0659704056

Commentaires libres :

### INFORMATION ET CONSENTEMENT (RGPD)

Information(s) délivrée(s), patient ou responsable légal informé(s) de la démarche  Oui  Non

▲ Attention, l'enregistrement de cette demande est conditionné à l'acceptation de la démarche !