



FICHE DE LIAISON

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

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 !