

## FICHE DE TRANSFERT

**Téléphone de jour et de nuit : 01.34.67.55.00**

MEDECIN RESPONSABLE DU TRANSFERT :

-   
-   
-

DESCRIPTIF DE L'ETABLISSEMENT :

Retour possible jour et nuit du patient en prévenant si possible l'IDE  
Présence d'une IDE 24/24 h  
Equipe médicale présente en journée : du lundi au samedi 12h.  
En astreinte de sécurité de 18h30 à 9h en semaine  
samedi après midi ; dimanche et jours fériés.  
Présence d'une chambre funéraire sur le site de l'établissement

**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Le patient a-t-il donné son accord pour le transfert :

PERSONNE REFERENTE :

NOM : TEL:

Est-elle prévenue du transfert :

PERSONNE DE CONFIANCE :

est désignée : **OUI** **NON**

NOM : TEL :

Est-elle prévenue du transfert : **OUI** **NON**

ne peut pas le désigner   
(Patient sous tutelle)

MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE: **OUI** **NON**

- Tutelle   
- Curatelle  NOM : TEL:  
- Sauvegarde de justice

DIRECTIVES ANTICIPEES: **OUI** **NON**

DON DU CORPS : **OUI** **NON**  
Non précisé

INVENTAIRE LORS DU TRANSPORT :

- Appareil Dentaire  **OUI**  **NON**  
- Lunettes    
- Montre    
- Bijoux

MOTIF DU TRANSFERT :

EXAMEN CLINIQUE :

Constantes hemodynamiques : Pouls :

TA :

SAT O2 :

T° :

Fréquence respiratoire :

ANTECEDENTS MEDICAUX :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

ALLERGIE :

ANTECEDENTS DE TRANSFUSION : OUI NON

PATIENT PORTEUR DE BMR (préciser le site) OUI NON

PACE MAKER : OUI NON

STATUT VACCINAL

GRIPPE OUI NON

TETANOS OUI NON

Examen clinique : (à remplir en fonction de la présence ou non du médecin sur le site)

—  
—  
—

TRAITEMENT :

Médicaments (dosage/ posologie/ heure de prise)	M	M	S	N	Début du traitement	Fin du traitement

- Injectable

- Perfusion

ALIMENTATION :

Régime :

- Mixé
  - Haché
  - Normal
  - Sonde de gastrostomie
  - Sans sucre
  - Sans sel
- Type de produit et quantité :

Autonomie à l'alimentation :

- Aide partielle
  - Aide totale
  - Seul
  - A stimuler
  - Trouble de la déglutition
- OUI  NON

FONCTIONS COGNITIVES :

- Mémoire Normale  Troubles : mineurs  majeurs
  - Orientation Normale  Troubles : mineurs  majeurs
  - Compréhension Normale  Troubles : mineurs  majeurs
- OUI  NON
- Comportement : Normal
  - Communication : Possible  Impossible

FONCTION NEUROSENSORIELLES :

- Vision Normale  Altérée
- Audition Normale  Altérée

AUTONOMIE MOTRICE :

- Déplacement seul  OUI  NON
- Aides techniques (Déambulateur, canne)
- Fauteuil roulant
- Ne se déplace pas
- Transfert lit/fauteuil seul  Verticalisateur  Aide  Lève malade

CONTENTION :

- Au fauteuil OUI  NON  Préciser le type de contention
- Au lit OUI  NON  Préciser si 1 barrière ou 2 barrières

ETAT CUTANE :

- Escarre OUI LOCALISATION
- PROTOCOLE DE SOINS
- NON

REEDUCATION :

- Entretien à la marche
- Kiné respiratoire
- Kiné de mobilisation passive

CONTINENCE :

- Incontinence urinaire  OUI  NON
  - Incontinence fécale
  - Reprogrammation mictionnelle
  - Sonde urinaire
- Date de changement .....

GIR :

PATHOS :