

Fiche de liaison "infirmière" pédiatrique

Date : ___/___/___ Coordonnées du service :

Nom du médecin référent

Téléphone : ___/___/___/___ - FAX : ___/___/___/___

• Patient :

Nom : Prénom : Date de naissance : ___/___/___

Adresse : Téléphone : ___/___/___/___

.....

Nom du médecin traitant : Téléphone : ___/___/___/___

• Personne à prévenir :

Nom/Prénom : Lien de parenté :

Téléphone : ___/___/___/___

La famille est-elle prévenue de la mutation ? oui / non

L'autorisation de soins et ou d'opérée est-elle jointe? oui / non

Le carnet de santé est-il joint ? oui / non

La carte de groupe sanguin est-elle jointe? oui / non

Autres documents joints..... oui / non à préciser.....

• Séjour :

Résumé des soins infirmiers du ___/___/___ au ___/___/___

.....

.....

.....

Motif de mutation :.....

.....

Dernières constantes :	Température :	Pouls :	Tension :	Poids :	Taille :
------------------------	------------------------	------------------	--------------------	------------------	-------------------

Antécédents/allergies connus :

.....

.....

• **Rendez-vous prévus (nature, lieu et date) :**

.....
.....
.....

• **Loisirs - scolarité :**

.....
.....
.....

• **Psychologie :**

Etat psychologique du patient :
.....
.....
Entourage :
.....

• **Autonomie :**

	seul	aide partielle	aide totale	Soins particuliers :
Lever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **Etat de conscience - communication - sommeil :**

NORMAL <input type="checkbox"/>		non	un peu	oui	Lunettes <input type="checkbox"/>
	Désorientation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prothèses auditives <input type="checkbox"/>
	Somnolence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observations :
	Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Difficultés à s'exprimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Difficultés à dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Habitudes de sommeil :				
.....					

• **Respiration :**

NORMALE <input type="checkbox"/>	Encombrement <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
	O ₂ * <input type="checkbox"/>	Aspiration* <input type="checkbox"/>
	Aérosols <input type="checkbox"/>	
	Médicaments* :	

• **Kinésithérapie :**

Respiratoire <input type="checkbox"/>
Locomotrice <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>

*ordonnance à joindre obligatoirement

• **Nutrition - Alimentation :**

NORMALE <input type="checkbox"/>	Régime :	
	Fausses routes <input type="checkbox"/>	
	Sonde d'alimentation <input type="checkbox"/>	Date de pose ___/___/___
	Type.....	
	Nausées <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/>
Observations :		

• **Elimination :**

NORMALE <input type="checkbox"/>	<u>Urinaire :</u>	
	Couches : jour <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/>	SAD n°..... Date de changement ___/___/___
NORMALE <input type="checkbox"/>	<u>Fécale :</u>	
	Incontinence <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/>	Constipation <input type="checkbox"/> Dernière selle ___/___/___
Observations :		

• **Etat cutané :**

NORMAL <input type="checkbox"/>	Rougeurs <input type="checkbox"/>	Erosion simple <input type="checkbox"/>	Escarre constitué <input type="checkbox"/>	Plaie chirurgicale <input type="checkbox"/> Ablation fils ou agrafes le : ___/___/___
	Localisation : fesses <input type="checkbox"/> talons <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>			
	Dernier protocole appliqué* :			

*ordonnance à joindre obligatoirement.

• **Douleur :**

ABSENCE <input type="checkbox"/>	Aiguë <input type="checkbox"/>	Localisation :
	Chronique <input type="checkbox"/>
	Nocturne <input type="checkbox"/>	Dernière EVA <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
	Mobilisation <input type="checkbox"/>	Date de dernière modification de traitement : ___/___/___
	Traitement en cours * :	

*ordonnance à joindre obligatoirement.

• **Traitements reçus ces dernières 24 heures***

Traitement per os : nature, dose du médicament, mode, horaire d'administration	Traitement injectable : nature, dose du médicament, mode, horaire d'administration	
*ordonnance à joindre obligatoirement		
• Voie d'abord		
SANS <input type="checkbox"/>	Cathéter veineux court <input type="checkbox"/> Posé le ___/___/___ PICC LINE <input type="checkbox"/> Cathéter Central tunnélisé <input type="checkbox"/> Pansement fait le ___/___/___ Pansement à refaire le ___/___/___	Chambre implantable <input type="checkbox"/> Aiguille posée le ___/___/___ Rinçure : NaCl <input type="checkbox"/> Nature : Dose :
Autre <input type="checkbox"/>		
<u>Observations particulières</u> :		

• **Dernier bilan sanguin (type et date)**

.....

Nom IDE :	Signature :