

## FICHE DE LIAISON AUTONOMIE

**Expéditeur :**  
**Structure :**  
**Qui et fonction :**

**Destinataire :**  
**Structure :**  
**Qui et fonction :**

**Date de l'hospitalisation :**  
**Date de la sortie de l'hospitalisation :**

**Date du retour à domicile :**

GIR entrée :

GIR sortie :

Date de la rédaction :

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>		
Date de naissance :	Vit : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> autre :		
Adresse :			
Etage :	Interphone :	Code :	Ascenseur :

<b>Médecin traitant :</b>	<b>Référent (famille, voisin..) :</b>
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Tel :	Tel :

### Alimentation

Mange :  seul  avec aide partielle  avec aide totale  
Régime : Texture :  
Risque :

---

### Hydratation

Boit :  seul  avec aide partielle  avec aide totale  
Texture :

---

### Hygiène

Fait sa toilette :  seul  avec aide partielle  avec aide totale  
S'habille :  seul  avec aide partielle  avec aide totale

---

### Elimination

Urine :  continence totale  continence partielle  incontinence  
Selles :  continence totale  continence partielle  incontinence  
Protections :  jour  nuit  
Se rend aux toilettes :  seul  accompagné

---

**Appareillage**

- dentier       appareil auditif       lunette       autres :  
 canne       déambulateur       fauteuil
- 

**Mobilité**

- Se déplace à l'intérieur :       seul       avec aide partielle  
Se déplace à l'extérieur :       seul       avec aide partielle
- 

**Communication**

Trouble de l'élocution :

Compréhension :

Remarques :

---

**Comportement**

Risque d'errance :

Déambulation :

Troubles du sommeil :

Agressivité :

Addiction :       tabac       alcool

Remarques :

---

**Autres détails sur habitudes de vie**

**Plan d'aide existant**

**Plan d'aide préconisé**

**Cab infirmier : toil/medic/pansemt/injection**

**SSIAD : nb de passage/jour et frequence/sem**

**SAAD : rythme/pec/frequence**

**Livraison repas : oui non**

**Accueil de jour : nb jr/sem**

**Famille**

**Prise en charge**

**APA / PCH / AIDE SOC / CAISSE RETRAITE / MUTUELLE / SOINS ET SANTE / AUTRES**