



**Fiche de liaison en cas d'hospitalisation
en vue de faciliter votre accueil et de préparer votre sortie.
A déposer dans votre DMP ou à remettre aux infirmières lors de
votre accueil.**

Remplie par : Vous-même

date:

Un tiers avec votre accord (précisez nom et coordonnées)

VOS COORDONNEES:		VOTRE SITUATION FAMILIALE :	
NOM :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale
DATE DE NAISSANCE :	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> PACS
PRENOM :	<input type="text"/>	PERSONNE A PREVENIR :	
ADRESSE :	<input type="text"/>	NOM :	<input type="text"/>
N° de TEL :	<input type="text"/>	PRENOM :	<input type="text"/>
N° Sécurité Sociale :	<input type="text"/>	N° de téléphone :	<input type="text"/>
Caisse d'assurance maladie :	<input type="text"/>	Lien de parenté :	<input type="text"/>
Mutuelle :	<input type="text"/>		
n° d'adhérent :	<input type="text"/>		

VOTRE CADRE DE VIE

- Seul à domicile A domicile avec votre conjoint A domicile avec un parent
 Chez les Enfants Famille d'accueil Etablissement
 Autre précisez:

VOTRE ENTOURAGE (famille, voisins)

NOM, Prénom	Lien avec vous	Adresse	Téléphone

VOS RESSOURCES ET ALLOCATIONS A DOMICILE

Retraite : CARSAT MSA RSI Pension de reversion Autres :
Prestations sociales : APA AAH ACTP AL Autres

VOTRE LOGEMENT

- Votre habitation est-elle isolée ? non oui Zone urbaine Péri-urbaine Rurale
- Votre habitation comporte t-elle :
 - des escaliers ? oui non
 - un ascenseur ? oui non
- Votre habitation est-elle équipée d'un chauffage ? oui non
- Disposez-vous ?
 - de l'eau chaude une baignoire une douche
 - WC intérieur WC extérieur
- Vos sanitaires sont-ils accessibles avec un fauteuil roulant ? oui non

- Vos remarques particulières :

professionnels intervenant a votre DOMICILE

PROFESSIONNELS /ORGANISMES	INSTITUTION/SERVICE TELEPHONE	NOM-PRENOM DE L'INTERVENANT
Médecin généraliste référent		
Kinésithérapeute		
Infirmier(e)		
Assistante Sociale		
Aide à domicile		
Portage de repas		
Téléalarme		
Tuteur		
SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile)		
Pharmacien		
Autres		

En cas d'hospitalisation qui s'occupera de :

	NOM	TELEPHONE
Votre conjoint et/ou vos enfants		
Votre domicile		
Votre linge		
Votre courrier		
Vos animaux		

VOS REMARQUES

Ce document a été réalisé à l'initiative de CLIC du Département (64) et du Centre Hospitalier de PAU, avec la participation d'Etablissements de soins et de professionnels médicaux et sociaux intervenant auprès des personnes âgées