

CABINET INFIRMIER :

MEDECIN TRAITANT :

FICHE DE LIAISON faite le ../../....

Nom :

Personne(s) à prévenir :

Prénom :

tel :

Date de naissance :

vit seul oui () non ()

TRAITEMENT ACTUEL

.....	Matin	Midi	Soir	Nuit	Date ordo	Medecin prescripteur

VACCINATION	grippe	oui ()	non ()	date
	Pneumo	oui ()	non ()	date
	Covid	oui ()	non ()	date

ATCD CONNUS :

SOINS DE BASES :	alimentation	autonome ()	aide partielle ()	aide totale ()
	Hygiène	()	()	()
	Mobilisation	()	()	()
	Elimination	continent ()	incontinent ()	