



# Fiche de liaison paramédicale partagée

Version 0 – Mars 2019  
REPRO 17  
Page 1/2

## Identité patient

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

**Origine du patient :**  
(service, domicile, structure)

**Destination du patient :**  
(service, domicile, structure)

**Numéro de téléphone**  
de la structure d'origine :

.....

**Date :**

**Fiche renseignée par :**

Nom : .....  
Fonction : .....

## Environnement familial du patient

- Célibataire
- Marié(e)     Veuf(ve)
- Mineur
- Vit en famille
- Vit seul(e)

- Domicile
- Structure
  - Nom de l'établissement : .....
  - Tél : .....
- Autres : .....

Personne à prévenir : .....  
Lien de parenté : .....  
Téléphone : .....  
Personne prévenue :  Oui     Non

## Environnement social du patient

Evaluation sociale:  Oui     Non

Nom du référent social :  
.....

Tél : .....

Synthèse sociale jointe

Situation sociale à signaler :

- Précarité
- Isolement
- Veuvage récent
- Renfort de l'aidant naturel
- Autres : .....

Mesure de protection :

Tutelle     Curatelle     Sauvegarde de justice

Protection du mineur

Nom de l'organisme : .....

Nom du référent : .....

Tél : .....

## Intervenants de Ville

Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Nom du coordonnateur à domicile (SSIAD, HAD, ...) : .....

Téléphone : .....

Nom IDE libéral (e) : .....

Téléphone : .....

Nom aide à domicile : .....

Téléphone : .....

