

DOCUMENT DE TRANSFERT DE L'EHPAD vers le service des urgences (SU)

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Motif de transfert en service des urgences

Constantes du patient

Pouls

Tension artérielle (max/min)

Température

Poids récent

.....

.....

.....

.....

☐ Conscient et éveillé

☐ Éveillable

☐ Non éveillable

☐ Douleur récente

Localisation.....

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel

Date et heure du dernier repas

Personnes informées du transfert au service des urgences

☐ « le 15 »

☐ SU

☐ Médecin traitant

☐ Entourage

Nom :

Commentaires

Liste des prothèses et objets personnels

Lunettes

Prothèses dentaires

☐ haut ☐ bas

Prothèses auditives

☐ droite ☐ gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

.....

Aller (Ehpad)

☐

☐

☐

☐

Retour (SU)

☐

☐

☐

☐

DOCUMENT DE RETOUR DU SERVICE DES URGENCES vers l'Ehpad

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

Date/Heure :

Résident

Nom d'usage, prénom.....

Hôpital :

Service :

Tél./Fax :

E-mail :

Médecin du SU qui a validé la sortie :

Nom, prénom :

Fonction :

Tél. :

Personnes prévenues du retour en Ehpad :

 ☐ Ehpad

 ☐ Entourage

Nom :

☐ ☐ Courrier au médecin traitant

Documents en annexe :

☐ Ordonnances de sortie

☐ Copie du dossier des urgences

☐ Liste des prothèses et objets complétée au verso

Diagnostic ou RPU (résumé du passage aux urgences)

Prescriptions : modification ou arrêt des traitements habituels, examens ou consultations programmés (lieu, date et heure)