

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

Aller (Ehpad)

Retour (SU)

Prothèses dentaires

 haut bas

Prothèses auditives

 droite gauche

Autres dispositifs ou objets personnels

.....

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)