

## Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom

Il est rempli sous la responsabilité du médecin traitant et doit être réactualisé au moins une fois par an et dès que la situation de l'utilisateur se modifie

**PARTIE I**  
À REMPLIR EN  
DEHORS DE  
L'URGENCE (\*)

Rempli le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ par (nom et profession) : .....

Consentement de la personne ou de son représentant légal à l'échange et au partage des informations la concernant

### Informations concernant la personne

Nom d'usage, prénom .....

Nom de naissance .....

Sexe

Adresse :

N° de SS :

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cadre de vie adapté : accessibilité  oui  non

Equipement (salle de bain...)

Environnement familial:  Seule  En couple  Avec des proches

La personne a le statut d'aidant

### Intervenant(s) régulier(s) au domicile (au moins une intervention par semaine)\* :

SSIAD,  SAAD,  SPASAD  SAMSAH-SAVS  HAD  SESSAD

Nom : .....

Fonction : .....

Joignable entre: .....

☎ : .....

Email : .....

### Autres Intervenant(s) au domicile

Infirmier libéral

Nom : ☎ Tel :

Auxiliaire de vie

Nom : ☎ Tel :

Aidants (famille, ami, voisin)

Nom : ☎ Tel :

Autres, préciser leurs coordonnées (par exemple coordonnateur de parcours, assistante sociale, kiné, prestataires oxygène, prothèses...)

### Pharmacien habituel

Nom, prénom : .....

☎ : .....

Email : .....

Adresse : .....

### Personne à prévenir <sup>(1)</sup>

Nom, prénom : .....

Lien de parenté : .....

☎ : .....

Adresse : .....

### Personne de confiance <sup>(2)</sup>

Nom, prénom : .....

Lien de parenté : .....

☎ : .....

### Protection juridique

Tutelle  Curatelle  Curatelle renforcée  Habilitation familiale  Mandat de protection future  Sauvegarde de justice

Nom de la personne exerçant la mesure: .....

Lien de parenté : .....

☎ : .....

### Médecin traitant

Nom, prénom : .....

☎ : .....

Email : .....

Adresse : .....

### Autres médecins spécialistes/Centre ou établissement de référence\*\*, HAD, CMP

Nom, prénom, spécialité : .....

☎ : .....

Nom, prénom, spécialité : .....

☎ : .....

Nom, prénom, spécialité : .....

☎ : .....

(1) Il s'agit de la personne référente, à prévenir dès le transfert en SU et à joindre en priorité en amont de la sortie du SU. La personne référente et la personne de confiance peuvent ou non être la même personne.

(2) Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

\*Intervenant principal, le plus à même de compléter les informations nécessaires à la prise en charge en urgence

\*\*Information à préciser pour les personnes souffrant de pathologies rares ou mal connues avec notamment des protocoles thérapeutiques ou spécifiques voire des médicaments utilisés qui ne sont pas indiqués (voire contre indiqués), par exemple les personnes épileptiques.

## Document de liaison d'urgence domicile DLU-Dom

INFORMATIONS MÉDICALES/CLINIQUES

### Pathologies en cours/ Antécédents personnels (médico-chirurgicaux, néonatalogiques, addictologiques)

-  
-  
-  
-

### Projet thérapeutique/soins palliatifs <sup>(3)</sup> :

#### Situation de handicap

- Mental  Psychique  Troubles du neuro développement  Locomoteur  Auditif  Visuel  
 Langage Communication  Autres : ..... Score ADL et/ou GIR

Préciser les points de vigilance ou adaptations recommandées.....

- présence d'un accompagnant recommandée  
 Autre : .....

### Allergies et antécédents iatrogènes : .....

**Constantes vitales habituelles :** Pouls : PA : SpO2 : Fréquence respiratoire :

- Directives anticipées : qui se trouvent dans  DMP  à domicile  NSP  Autre, préciser

### Points de vigilance

- BMR <sup>(3)</sup>

Vaccinations : Mois/année

- ...../.....  
 - ...../.....  
 - ...../.....  
 - ...../.....

- Chute  Fugue  Escarres  Fausses routes  Epilepsie

- Agressivité  Automutilation

Autres (cf. commentaires) .....  
 .....

INFORMATIONS SPECIFIQUES

**Poids :** à la date du : \_\_/\_\_/\_\_

### État neuro psychologique habituel

- Ralentissement psychomoteur  Désorientation  
 Agitation  Opposition  
 Aphasie  Peut parler  Peut alerter  
 Autre : précisez :

.....

GIR :

### Commentaires ou autres informations spécifiques sur la personne ou son environnement

(mode de Communication, autonomie, continence, soins spécifiques, besoins en aide technique, nutrition, ventilation etc.)

.....

**Régime :** .....

(\* ) Le document de liaison d'urgence est à remplir en dehors de tout contexte d'urgence par la personne et/ou son proche aidant, accompagnée le cas échéant du médecin traitant ou d'un professionnel soignant (pour la partie médicale). Si nécessaire, le service à domicile intervenant peut accompagner la personne au remplissage du document.

(3) En soins palliatifs : les soins palliatifs sont à privilégier selon l'avis du médecin traitant et inscrits dans le dossier médical

(4) BMR : portage par le patient d'une bactérie multirésistante

## Liste de contrôle des documents annexes au DLU-Dom

- Directives Anticipées (*facultatif*)
  - Attestation de la carte vitale
  - Attestation de mutuelle
  - Photocopie de la carte d'identité
  - Ordonnances en cours<sup>1</sup>
  - Supports de communication adaptés<sup>2</sup>
  - Fiche Urgence Pallia
  - Autres documents utiles lors d'une situation d'urgence

Documents à préparer avec le médecin  
traitant ou un professionnel soignant

- Résultats récents de biologie (1 à 3 mois) avec clairance de la créatinine et INR (si AVK)
- Compte rendu de la dernière hospitalisation
- Fiche BMR (bactérie multi résistante)
- Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusion, ventilation, nutrition, etc.)
- ECG de référence
- Carnet de suivi du pace maker ou du défibrillateur implantable
- Carte de groupe sanguin (si à jour)

<sup>1</sup> La personne accompagnée peut, à l'issue de chaque consultation, glisser la nouvelle ordonnance dans son dossier et jeter systématiquement la précédente.

<sup>2</sup> Pour les personnes qui souffrent d'un trouble du langage ou de la communication.