



## Fiche « aller » du DOMICILE vers le SERVICE D'URGENCE

Cette fiche doit être remplie de préférence par un médecin, à défaut par toute personne présente au moment où la décision de faire appel au SU est prise.

Rempli par (nom, prénom, fonction, tél) : .....

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Heure : .....

Nom, prénom et date de naissance de la personne transférée : .....

Pourquoi la personne doit-elle aller aux urgences ? .....

Evolution ou changements constatés ces derniers jours (traitement médicamenteux, accompagnement, risque suicidaire, douleur récente).....

Date de la dernière hospitalisation.....

Etat du patient  habituel  différent  
 Conscient et éveillé  Éveillable  Inconscient

Date et heure de la dernière prise du traitement habituel .....

Date et heure du dernier repas .....

Constantes du patient : mesurées par un professionnel  famille/aidant

Pouls                      Tension Artérielle                      Température                      Fréquence respiratoire                      Saturation en O2

### Personnes informées du transfert au Service des Urgences

« le 15 »                       Médecin traitant                       Intervenants à domicile  
 Service d'Urgence                       Personne référente/Entourage                       Autres

Nom : .....

Préciser : .....

### Commentaires

#### Liste des prothèses et objets personnels

#### Aller (Domicile)

#### Retour (SU)\*

Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Bas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothèses auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pace Maker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres dispositifs ou objets personnels (cannes, fauteuil, Clés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(\*) A remplir par le SU avant le retour à domicile



**Fiche « retour » : du SERVICE D'URGENCE vers le DOMICILE en complément du résumé  
du passage aux urgences adressé au médecin traitant**

Rempli par (nom, prénom, fonction) :

.....

Date / Heure :

.....

**Patient**

Nom, prénom, date de naissance.....

Vérification de la possibilité du retour à domicile  
immédiat (accessibilité, présence d'un aidant...)

Sortie vers une structure plus adaptée

Préciser laquelle :

**Etablissement :** .....

Service : .....

Tél. / Fax : .....

E-mail : .....

**Personnes/service(s) intervenant au domicile  
contacté(es) pour l'organisation du retour à  
domicile :**

Personne référente/Aidant :

.....  
 Service intervenant au domicile (préciser SAAD, SSIAD,  
SPASAD, SAVS, SAMSAH, SESSAD, HAD etc.)

.....  
 Infirmier libéral/Centre de soins infirmiers

.....  
  Médecin traitant

Pharmacien habituel

Résidence autonomie (directeur)

Autre, préciser : .....

**Médecin du SU qui a validé la sortie :**

Nom, prénom : .....

Tél. : .....

**Documents joints :**

Ordonnance(s) de sortie

Autre, préciser

**Document(s) adressé(s) au médecin traitant :**

Ordonnance(s) de sortie

Courrier remis à l'utilisateur  Email  DMP

Copie du résumé du passage aux urgences (RPU).

Courrier remis à l'utilisateur  Email  DMP

**Examens ou consultations programmés (lieu, date et heure) :**

**Recommandations pour le retour à domicile**

**Nécessité de revoir le médecin traitant :**  non  oui délai : .....

