

# Dossier de Liaison et Habitudes de Vie DLHV

Mis à jour le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ (Nom, fonction\*)

\*Professionnel de santé uniquement, pour le volet médical

## Informations patient

Dans le volet **compte rendu** du DMP  
Intitulez ce document  
« Urgences, Habitudes de Vie »



Personne apte à comprendre/accepter les propositions thérapeutiques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La personne a reçu une information sur le DMP	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
La personne accepte le partage des informations dans le cadre de l'équipe de soins qui l'accompagne	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## Éléments sociodémographiques

### IDENTITE

IPP (Identifiant Permanent du Patient) :

IVP (Identito Vigilance du patient) :

Nom d'usage :

Prénom principal :

Numéro de sécurité sociale :

Régime de sécurité sociale :

Mutuelle complémentaire : \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_  Aucune mutuelle complémentaire

Identité du patient validée :  OUI  NON

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe :  F  H

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ dpt : ( )

Situation maritale :

### LIEU DE RESIDENCE HABITUEL

Domicile personnel

Etablissement sanitaire ou médico-social

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Type d'établissement : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_  sécurisé

CP / Ville : \_\_\_\_\_

### PROFESSIONNEL DE SANTE REFERENT (à contacter pour informations complémentaires)

Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

Infirmier(e) libéral(e)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

Médecin de l'établissement

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

Infirmier(e) de l'établissement (SSIAD, EHPAD, MAS, CAS, IME FAM)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

### RESPONSABLE LEGAL (si mineur ou majeur protégé)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Protection juridique :  OUI  NON  En cours

Organisme : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

CP / Ville : \_\_\_\_\_

Tuteur  Curatelle simple  Curatelle renforcée

Habilitation familiale  Sauvegarde de justice

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

CP / Ville : \_\_\_\_\_

### PERSONNES A PREVENIR (si mineur ou majeur protégé, cf. responsable légal)

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  sécurisé

AUTRES RÉFÉRENTS en page 7.

## Santé (premiers éléments)

### PATHOLOGIE(S)

### APPAREILLAGE(S)

Électricité dépendance<sup>1</sup>  Appareillage ventilatoire : \_\_\_\_\_  Pace maker  Chambre implantable  PICC Line

Prothèses :  Auditives  Dentaires  Lunettes  Lentilles  Aide techniques : \_\_\_\_\_

Précisions sur les appareillage(s) en page 7.

(Fauteuil, prothèse, orthèse, coquille, mousse...)

## Evaluation médicale

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_ (poids / taille<sup>2</sup>. Exemple : 60 / 1,65<sup>2</sup> = 22)

### ANTECEDENTS (médicaux, chirurgicaux, allergies, intolérances...)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### PROBLEMES MEDICAUX ACTUELS

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### SOINS PALLIATIFS

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

### DIRECTIVES ANTICIPEES

La personne est-elle informée sur les directives anticipées ?  OUI  NON

La personne a-t-elle rédigée ses directives anticipées ?  OUI  NON  Ne sait pas

Les directives anticipées sont-elles incluses dans le DMP ?  OUI  NON

La personne a-t-elle désignée une personne de confiance  OUI  NON  Ne sait pas

Si oui, NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### ADDICTIONS

Tabac  Alcool  Autre Précisions : \_\_\_\_\_

### DOULEUR

Évaluation initiale : \_\_\_\_\_ Echelle utilisée \_\_\_\_\_ : Score : \_\_\_\_\_

### A PRENDRE EN COMPTE EN CAS D'URGENCE

- Troubles du comportement
- Désorientation/  Risque de fugue
- Trouble(s) sensoriel(s) : \_\_\_\_\_
- BMR (Bactéries Multi-Résistantes) : \_\_\_\_\_

### Recommandations pour la prise en charge soignante :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### TRAITEMENT(S) EN COURS

- Anticoagulant
- Insuline

Autres traitements : \_\_\_\_\_

voir ci-joint  inclus dans le DMP

## Aides sociales

- APA :**  créer  en cours      **GIR :** \_\_\_\_  
**PCH :**  créer  en cours      **Taux d'invalidité :** \_\_\_\_  
**Dossier caisse de retraite :**  créer  en cours  
**Dossier demande Via Trajectoire :**  OUI  NON  Permanent  
 Hébergement temporaire

**Consignes en cas de décès :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Habitudes de vie

MEDECINS SPECIALISTES			
NOM	PRENOM	TELEPHONE	SPECIALITE
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DOULEUR** Voir en page 2.

**Les gestes ou attitudes à éviter :**

---



---

**Les petits moyens pour aider à soulager la douleur ou l'angoisse (massage, musique, jouets...) :**

---



---

**Les signes d'apaisement :**

---



---

**Précisions :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.



## DEPLACEMENT / MOBILITE

### Déplacement

- Se déplace seul       Utilise une canne       Utilise un fauteuil roulant manuel  
 Risque de chute       Utilise un déambulateur       Utilise un fauteuil électrique

### Mobilité

- Spasticité permanente       Mouvements athétosiques  
 Risque de chute si alité       Barrières ( prescription dans DMP)  Bénéficie d'une contention  
 Tient assis       Tient assis en assise moulée  
 Ne peut s'asseoir       Bandage de contention veineuse  
 Tient debout avec aide       Marche avec aide

Fait ses transferts lit/fauteuil

Fait ses transferts lit/WC

Fait ses transferts fauteuil/WC

La nuit : changement de position : \_\_\_\_\_

Utilisation de la sonnette appel malade :  Standard       Adaptation : \_\_\_\_\_

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## HYGIENE / ETAT CUTANE / PROTECTION DES TEGUMENTS

- Indépendant pour sa toilette       Dépendant pour sa toilette  
 Toilette au lit       Toilette au lavabo  
Aide nécessaire pour :       l'hygiène dentaire       la coiffure       le rasage  
Fréquence du bain/douche : \_\_\_\_\_  avec siège de bain       avec plateau douche  
 en baignoire adaptée       autre matériel : \_\_\_\_\_  
 Utilisation de matériel d'aide à la prévention des escarres au lit : \_\_\_\_\_  
 Utilisation de matériel d'aide à la prévention des escarres au fauteuil \_\_\_\_\_  
 Soins de peau spécifiques : (escarres, plaies) : \_\_\_\_\_

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## ELIMINATION

- Contenance urinaire**       **Incontinence urinaire**  
 Etui pénien diam : \_\_\_\_\_ ( référence en page 7)  
 Sonde vésicale à demeure, CH \_\_\_\_\_ posée le \_\_\_\_\_  
 Protection cellulosique : \_\_\_\_\_  
 Utilise un urinal       Utilise un bassin  
 Urétérostomie de Bricker : \_\_\_\_\_ ( référence en page 7)  
 **Contenance fécale**       **Incontinence fécale**  
 Protection cellulosique : \_\_\_\_\_  Mise aux WC : \_\_\_\_\_  
 Extraction digitale de selles par IDE : rythme \_\_\_\_\_  
 Surveillance du transit intestinal (calendrier)       utilise un bassin       Stomie : \_\_\_\_\_ ( réf. P. 7)

Façon particulière de manifester ses besoins :

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## ACTIVITES OCCUPATIONNELLES

- Radio/ TV : \_\_\_\_\_
- Lecture (magazine/journaux) : \_\_\_\_\_
- Jeux : \_\_\_\_\_
- Travaux manuels : \_\_\_\_\_
- Activités extérieures : \_\_\_\_\_
- Utilisation du téléphone : \_\_\_\_\_
- Projets en cours de réalisation : \_\_\_\_\_

### Hospitalisation :

- souhaite bénéficier d'une TV dans sa chambre
- souhaite bénéficier du téléphone dans sa chambre

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## HABILLAGE / DESHABILLAGE / INSTALLATION

- S'habille et se déshabille seul
- A besoin d'une aide pour s'habiller
  - Haut du corps
  - Bas du corps
  - Chaussage
- Totalement dépendant pour habillage et déshabillage
- Installé au fauteuil avec assise personnalisée
- Adaptations particulières pour l'installation en position assise :

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## SOMMEIL / REPOS

- Dort sans problème
- Fait la sieste : \_\_\_\_\_
- Dort avec difficulté :
- Dort avec aide médicamenteuse (voir traitement)

Adaptations et positions d'installation pour dormir :

### Précisions :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## RELATION FAMILIALE / ENTOURAGE

- Est entouré(e)
- Est isolé(e)
- Nombre d'enfants : \_\_\_ Précisez : \_\_\_\_\_

## Précautions / Informations particulières

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

## Aidants

AIDANTS PRINCIPAUX	NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin	NOM, Prénom : _____ Fonction : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin
	NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin	NOM, Prénom : _____ Fonction : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin
	NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin	NOM, Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Adresse : _____ CP VILLE : _____ Tél. : _____ Mail : _____	Intervient en matière de : <input type="checkbox"/> vie quotidienne <input type="checkbox"/> soin

## Prestataires

Si équipements, appareillages, dispositifs médicaux nécessitant d'être indiqués

Appareillage : _____ Contact société : _____ Tél. : _____	Appareillage : _____ Contact société : _____ Tél. : _____
Appareillage : _____ Contact société : _____ Tél. : _____	Appareillage : _____ Contact société : _____ Tél. : _____

## NOTES EXPLICATIVES

### POURQUOI UN TEL DOCUMENT ?

Ce dossier a été élaboré pour faciliter la prise en charge de la personne en perte d'autonomie lorsqu'elle est reçue par des professionnels ne la connaissant pas. Il permet aux professionnels d'adapter leurs pratiques aux particularités de la personne et facilite ainsi le déroulement de son accompagnement, de sa prise en charge.

Ce document peut être utilisé en version imprimée ou être ajouté informatiquement au Dossier Médical Partagé (DMP) dans le volet « compte rendu ». Pour plus d'informations sur le DMP : [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr)

### COMMENT L'UTILISER ?

**Ce dossier doit être complété en dehors de tout contexte d'urgence.**



Le traitement et la conservation de données personnelles :  
Ils sont réglementés par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Chapitre V : « Obligations incombant aux responsables de traitements et droits des personnes ».

### PRÉCAUTIONS DE DIFFUSION

**La page 2 relève du secret médical**

Elle ne peut être transmise à un professionnel non habilité à consulter des données médicales. Pour les professionnels non médicaux intervenant dans le suivi des patients saisir les plages d'impression ainsi : **1 et 3 à 7**

### ANNEXES

Des documents peuvent être annexés au présent dossier au format papier ou numérique (dans le DMP).

### QUI L'UTILISE ?

Ce dossier doit être complété par un professionnel de santé et validé par le patient.

Il s'adresse à tout professionnel désireux d'adapter sa pratique aux besoins et spécificités de la personne qu'il accompagne. Il peut être utilisé en établissements de santé, en cabinets de ville, en établissements et services médico-sociaux, à tout moment de l'accompagnement de la personne et lors d'une prise en charge en urgence.

### SA CONCEPTION

Le Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA) avait réalisé une première fiche de liaison en 2009, en partenariat avec plusieurs acteurs du Calvados.

Entre 2014 et 2017, en partenariat avec la MAIA du Sud Manche, les SSIAD et les établissements de santé du Sud Manche, le dossier a été élaboré et testé. Ce document utilisé par l'ensemble des SSIAD du Sud Manche a pour vocation à être diffusé auprès des acteurs qui souhaitent l'utiliser : particuliers, professionnels médico-sociaux, hospitaliers et libéraux.

Au regard de l'évolution des pratiques professionnelles et des retours d'utilisation, cet outil de liaison et de coordination Ville / Hôpital et Ville / Ville, sera mis à jour.

Pour plus d'informations, notamment sur les contributeurs du projet : [www.rsva.fr](http://www.rsva.fr) et [www.maia-manche.fr](http://www.maia-manche.fr)