

FICHE DE LIAISON INFIRMIERE LIBERALE / HOPITAL

NOM / PRENOM PATIENT :

DATE DE NAISSANCE / AGE :

MOTIF D'HOSPITALISATION :

ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX :

TRAITEMENT :

TRANSMISSIONS :

COORDONNEES IDEL :

COORDONNEES MEDECIN TRAITANT :

COORDONNEES FAMILLE :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

DATE :

NOM ET SIGNATURE :