Check-list de transmission A compléter auprès du patient pour faciliter la transmission du bilan. En cas de transfert du résident, une copie de ce document peut être jointe.

1. Signes respiratoires	2. Signes cardiaques	En situation d'urgence
3 11 11	□ Douleur thoracique Heure de début :	vitale, appelez
Survenue : Description Progressive	Survenue : Brutale Progressive	immédiatement
□ Obstruction des voies aériennes □ Corps étranger présent	Type de douleur : □ Brûle □ Serre □ Pique	
□ Difficulté à parler	Associée à : Douleur bras droit Douleur bras gauche	Composer le 15
□ Bruits respiratoires :	□ Douleur mâchoire	
□ Ronflements □ Sifflements □ Encombrements	3. Couleur / apparence de la peau	
□ Toux, crachats: □ Crachats de sang	□ Sueur □ Pâleur □ Marbrures	+
□ Essoufflement : □ au repos □ à l'effort	□ Teint inhabituel □ Cyanose (lèvres/ongles bleus)	Motif de l'appel :
	□ Eruption cutanée	Heure d'évaluation :
4. Signes neurologiques Heure de début :		
□ Perte de connaissance / □ Convulsions -> Durée :	> Patient mis sur le côté (Position Latérale Sécurité)	1
□ Céphalée brutale	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	L'appelant
□ Trouble de conscience Réponse aux sollicitations verbales :	,	Nom de l'EHPAD :
	Serre la main G : □ A la demande ou □ A la douleur	Nom de l'appelant :
	Serre la main D : □ A la demande ou □ A la douleur	Fonction:
Echelle FAST Face -> Asymétrie de la face		N° de téléphone : (pour être rappelé si besoin)
ARM -> Problème de motricité/sensibilité d Speech (Anomalie parole) -> Paroles confuses		Etage:
Time -> Heure de début des signes	Paroles incomprehensibles , cochecs = 1201 1	N° de chambre :
□ Comportement inhabituel : □ Perte de contact (prostration)	□ Agitation □ Somnolence □ Vertiges / Troubles de l'équilibre	
Perte de contact (prostration)	- Agitation - Sommorence - vertiges / Hoables de Fequilibre	
5. Signes abdominaux et digestifs	6. Traumatismes/Lésions (Palper le corps entier)	
□ Douleur abdominale □ Ventre dur et/ou ballonné	Chute: Par malaise Par maladresse De sa hauteur D'une hauteur élevée Dans l'escalier	Le résident
□ Urines rouges ou caillots □ Absence d'urines	II I	Nom et prénom :
□ Suspicion de globe vésical	Retrouvé(e) dans quelle position ? Temps passé(e) au sol :	Age/date de naissance : Situation attendue :
□ Constipation Date des dernières selles :	Blessure(s)	□ Oui □ Non
Diarrhée récente -> Préciser nombre, aspect :,	-> Localisation (Tête, rachis , membres, etc.) :	M aladies (ATCD) :
□ présence de sang rouge ou sombre	Douleur à la palpation	Allergie:
□ Nausées □ Vomissements	□ Plaie (description->taille et profondeur :) □ Du scalp	T raitements (anticoagulant):
-> Préciser nombre, aspect:,	□ Déformation d'un membre □ Incapacité à bouger un membre	H ospitalisation récente :
□ présence de sang rouge ou sombre □ vomissements fécaloïdes	, , , , ,	GIR:
□ Masse inhabituelle (hernie) □ Chirurgie récente (cicatrice gonflée)	□ Hémorragie □ Saignement de l'oreille □ Saignement du nez	LAT ou Directives anticipées :
Paramakhana silangan TA kara darih	/ Pouls: /min. To: oC	□ Oui □ Non
Paramètres vitaux: TA bras droit:/ bras gauche: Saturation oxygène:%	/ Pouls:/min. T°:°C Fréquence respiratoire:cycles /min	Si oui, Joindre une copie des
Glycémie capillaire (dextro à faire systém		directives anticipées ou décision de limitation/arrêt des
	:/10 Algoplus :/5 PQRST :	thérapeutiques