

Transmissions inter-hospitalières

Hélène Sérandour
Brest, 8 décembre 2011



objectifs

- Améliorer la communication entre soignants
- Avoir un langage commun et précis
- Obtenir une vision globale du séjour hospitalier
- gagner du temps et de l'efficacité
- Assurer la continuité des soins dans une logique commune en permettant d'évaluer et d'ajuster la prise en charge du patient



Mise en œuvre

■ *Par qui?*

- toute personne qui prend en charge l'enfant : médecin, IDE, PDE, AP, CS, PDE de coordination de soins, ASE, kiné, psychologue....

■ *Comment?*

- **Transmissions orales** : Elles permettent de transmettre des données qui n'ont pas leurs places dans les transmissions écrites : illustrer un problème rencontré



Mise en œuvre

- **Transmission écrites** : doivent permettre une lecture rapide et efficace, elles sont :
 - ciblées
 - hiérarchisées
 - claires et synthétiques
 - compréhensibles
 - validées

Ce document doit être complémentaire et non répétitif.



ETIQUETTE PATIENT	Date : Service destinataire : Documents joints : -carte de groupe : -courrier médical : -autre :	Motif d'admission
	Entré le : Régime : Isolement : Transmissions :	RESUME DE SORTIE :
VOIE D'ABORD : Cath. KTC <input type="checkbox"/> PAC <input type="checkbox"/> Aiguille changée le : Type d'aiguille : Posé à droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Pansement fait le : Type de pansement :	Surveillances ou soins particuliers : 	TRAITEMENT DE SORTIE
		AUTRES INFORMATIONS

FICHE PATIENT			
NOM :	Prénom :	DDN :	
Adresse :	Téléphone :		
SS :	Mutuelle :		
Situation familiale :	Fratrie :		
Pathologie : Voie d'abord PAC <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/>		Date du diagnostic :	
CONTACTS UTILES			
Hôpital référent :	CHU RENNES Service d'onco-hématologie pédiatrique 16, bd Bulgare 35203 Rennes Cedex 2 Secrétariat : 02 99 26 58 35 Puéricultrice coordinatrice : 02 99 26 59 36		
Hôpital correspondant :	CH Avranches Service de pédiatrie 59, rue de la liberté 50300 Avranches Secrétariat : 02 33 89 40 45		
Médecins traitants :			
Infirmier libéral :			
Laboratoire :			
Pharmacie :			
Prestataire :			
Scolarité :			
Situation socio-familiale :			





Pédiatrie Onco-Hématologie de l'Ouest
FICHE DE LIAISON

Date : _____		Destinataire : _____		Documents joints : -carte de groupe : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> -courrier médical : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> -autre : _____	
NOM : _____	Prénom : _____	DDN : _____	Date d'entrée : _____ Motif d'hospitalisation : _____		
Adresse : _____		Téléphone : _____			
SS : _____		Mutuelle : _____			
Situation familiale : _____		Fratrie : _____			
Pathologie : _____		Date du diagnostic : _____			
Protocole : _____					
CONTACTS UTILES					
Hôpital référent :	CHU RENNES				
Hôpital correspondant :	CH Avranches				
Médecins traitants :					
Infirmier libéral :					
Laboratoire :					
Pharmacie :					
Scolarité :					
Divers :					
Antécédents, allergies :					
Voie veineuse :					
<input type="checkbox"/> Cathlon			droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> PAC			posé le :		
Type d'aiguille :			Pansement fait le :		
<input type="checkbox"/> KTC			Type de pansement :		
Autres dispositifs médicaux :					
Habitudes pendant les soins :					
Sortie :					
Résumé de sortie :					
Régime :			Isolement :		
Traitement :					
Programmations :					

