**Date de rédaction de la fiche : Remplie par (Nom-Fonction):**

**Existence de directives anticipées : □ Oui □ Non Modalités :………………………………………………..**

**Etablissement d’hébergement du patient:** □ Maison d’Accueil Spécialisé-MAS □ Foyer d’Accueil Médicalisé-FAM □ Autre (à préciser) :

**Adresse de l’établissement :**

**□ famille □ tuteur □ curateur**

**Nom : Prénom :**

**N° de téléphone :**

**Prévenu du transfert : □OUI □NON**

**Type de handicap :**

**□ Moteur □ Psychique □ Mental □ Sensoriel**  ( □ audition ; □ vision)

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**PERSONNES A CONTACTER (si différentes du représentant légal)**

**Nom : Prénom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Nom : Prénom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse :**

**N° de téléphone :**

**Prévenu du transfert : □ OUI □ NON**

**REPRESENTANT LEGAL**

**CONTACTS 🕿** **service infirmier** de l’EMS : – – – – de …….heure à ……heure 🕿 **lieu de vie de l’usager** à l’EMS : – – – .… - …. .

 **Nom et localité d’exercice du médecin traitant** :……………………………………………………….….

□ **Traumatisme**  **Description précise de la situation justifiant le transfert :**

□ **Décompensation de l’état de santé ….…………………………………………………………………………………………………………..……**

**□ Troubles comportementaux** ….……………………………….……………………………………………………………………………..……

**□ Autre :** …………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………… ……………………………………………………….……

***En cas de situation d’urgence : heure de la dernière prise alimentaire* (boisson, repas):** …………………………………….….....

**MOTIF DU TRANSFERT**

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE**