

## Fiche d'adressage filière Ville-Hôpital CPTS des Vosges Centrales – SAU EPINAL CHED

Pour les pathologies concernées suivantes : Douleurs abdominales : suspicion de pathologie lithiasique vésiculaire ou rénale, suspicion de pyélonéphrite, suspicion d'appendicite, suspicion de diverticulite/sigmoïdite, Traumatisme crânien sous anticoagulants et/ou antiagrégants

Fiche à donner en main propre au patient + à envoyer par mail sécurisé au secrétariat du SAU ([sec.urgences@ch-ed.mssante.fr](mailto:sec.urgences@ch-ed.mssante.fr)) et au secrétariat d'imagerie dans le cas d'une demande d'imagerie d'emblée ([sec.imagerie@ch-ed.mssante.fr](mailto:sec.imagerie@ch-ed.mssante.fr)).

MERCI DE JOINDRE à la FICHE d'adressage :

- **Dernière biologie récente**
- **Derniers examens réalisés si disponibles** : Imageries (+Lieu) + Dernier courrier spécialiste en rapport avec la pathologie d'adressage
- **TRAITEMENT DU PATIENT**

Date et heure : le                      à                      h

Médecin adresseur : Dr

Êtes-vous le médecin traitant du patient ?    Oui        Non, nom du MT : Dr

### LE PATIENT

NOM :    Prénom :

Date de naissance :                              Tél :

Adresse :

Poids :              kg              Taille :

### CORRESPONDANTS - aidant principal, personne à joindre :

Personne à contacter (+lien avec le patient) :

Adresse :

Tél :

### ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Troubles cognitifs connus ?    Oui        Non

Mesures de protection juridique ?    Oui        Non        Si oui, lesquelles :

Lieu et mode de vie :

Autonome :        Oui        Non

Type(s) d'aide(s) à domicile :

Coordonnées des aides (si possible) :

Cabinet infirmier :                              à

Profil addictif : Tabac              Alcool              Autres drogues              Précisez :

**ANTÉCÉDENTS (médicaux et chirurgicaux) :**

**Porteur PM/DAI :** Oui Non

Si oui, marque (si possible joindre une copie de la carte) :

**Allergie aux produits de contrastes iodés :** Oui Non

Si oui, lesquels :

Autres produits autorisés :

**Autres allergies :**

**Dernière fonction rénale :** DFG : Créatinine : Date :

**Vaccinations à jour ?** Oui Non Date dernier rappel DTP :

**TRAITEMENT HABITUEL** : (photocopie ordonnance à joindre à la fiche)

**Si changement récent, modifications apportées :**

**MOTIF D'ADRESSAGE :**

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

**CONSTANTES** : Tension : / Fréquence cardiaque : Saturation : T° :

**EXAMEN CLINIQUE DÉTAILLÉ :**

**HYPOTHÈSE DIAGNOSTIQUE :**

**EXAMENS ENVISAGÉS** par le médecin + sous format **ordonnance** (afin que les examens soient effectués à l'arrivée du patient) / Précisez si des examens ont déjà été réalisés : joindre les CR.

**Biologie :** femmes en âge de procréer, prescrire dosage BetaHCG en systématique.