



FICHE DE LIAISON

Date :

Médecin traitant :		Tél :	
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Entourage :	

Motif de la liaison :

Hospitalisation Relais (SSR-EPHAD- SSIAD- IDEL) Consultation

Urgence Autres :

Traitement Per Os :	Traitement Injectable :
---------------------	-------------------------

Antécédents :

Transmissions :

IDE SSIAD

Nom :

Prénom :

Signature :

SSIAD SANTE ET SOLIDARITE DES BOUCHES DU RHONE
24, Rue Beauvau, 13001 Marseille

Téléphone : 04 91 58 01 27
Fax : 04 91 67 04 73
Mail : ssiad-direction@sante-solidarite-bdr.fr