

FICHE DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE VIVANT AVEC UN HANDICAP

IDENTIFICATION DU PATIENT

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant

À renvoyer à l'adresse : referent.handicap@ch-avignon.fr

À remettre à l'équipe soignante (si possible avant l'hospitalisation)

Date

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Remplie par

Nom

Fonction

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal Ville

Établissement

Représentant légal de la personne

☐ Famille ☐ Tuteur ☐ Curateur

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Mobile

Personne à contacter

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Téléphone Mobile

Environnement familial en cas d'hospitalisation

Présence souhaitée par le patient/ou famille

Jour ☐ OUI ☐ NON Nuit ☐ OUI ☐ NON

Participation souhaitée par le patient/ou famille au repas et actes de la vie quotidienne

Jour ☐ OUI ☐ NON Nuit ☐ OUI ☐ NON

Référents (coordonnées)

- Médecin traitant

- Médecin de l'établissement

- Référent du projet personnalisé au sein de l'institution / domicile

- **Traitements** : joindre les prescriptions

• Allergie

• Autres contre indications

| | | |
|--|---|--|
| NOM <input style="width: 90%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> | Date <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> </div> |
|--|---|--|

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Vie quotidienne | Besoins spécifiques |
|------------------------|----------------------------|

| | |
|--|---|
| Autonomie dans la vie quotidienne | Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques |
|--|---|

1- COMMUNICATION

| | |
|--|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Non verbale </div> <div style="margin-top: 5px;"> Langue usuelle <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Modalité d'expression (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Modalité d'expression (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Fiabilité du oui/non <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> | <div style="margin-top: 10px;"> Utilise un support de communication (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Utilise un matériel électronique (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> |
|--|--|

Remarques

2- VIE PSYCHIQUE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Participation</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Replié sur lui même</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Risque de fugue</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Auto-agressivité</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Hétéro agressivité</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Retard intellectuel</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> </table> | Participation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Agitation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Replié sur lui même | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Risque de fugue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Auto-agressivité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Hétéro agressivité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Retard intellectuel | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <div style="margin-top: 10px;"> Remarques / recommandations <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Consignes de sécurité post-opératoires <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> |
| Participation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Agitation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Replié sur lui même | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Risque de fugue | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auto-agressivité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hétéro agressivité | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retard intellectuel | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Remarques

3- LOCOMOTION - TRANSFERT - DÉPLACEMENTS

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|---|----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <div style="margin-top: 10px;"> Mode de déplacement (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> | <div style="margin-top: 10px;"> Matériel de locomotion <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Retournement dans le lit</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Transfert (lit-fauteuil)</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Position assise</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Utilisation autonome du fauteuil</td> <td><input type="checkbox"/> OUI</td> <td><input type="checkbox"/> NON</td> </tr> </table> | Retournement dans le lit | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Transfert (lit-fauteuil) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Position assise | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | Utilisation autonome du fauteuil | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lit médicalisé</td> <td><input type="checkbox"/> Potence</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verticalisateur</td> <td><input type="checkbox"/> Lève-malade</td> </tr> </table> <div style="margin-top: 5px;"> Appareillage <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> | <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Potence | <input type="checkbox"/> Verticalisateur | <input type="checkbox"/> Lève-malade |
| Retournement dans le lit | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transfert (lit-fauteuil) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| Position assise | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utilisation autonome du fauteuil | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lit médicalisé | <input type="checkbox"/> Potence | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Verticalisateur | <input type="checkbox"/> Lève-malade | | | | | | | | | | | | | | | | |

Remarques

4- MOTRICITÉ

| | |
|--|---|
| <div style="margin-top: 10px;"> A. Spasticité/raideur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> <div style="margin-top: 10px;"> B. Mouvements non contrôlés <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON </div> <div style="margin-top: 10px;"> C. Troubles orthopédiques invalidants <input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Fragilité osseuse Autres <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> | <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Installation ou technique particulière de décontraction <input type="checkbox"/> Appareillage et/ou postures (à préciser) <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> |
|--|---|

Remarques

NOM

Prénom

Date

Vie quotidienne

Besoins spécifiques

Autonomie dans la vie quotidienne

Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

Soins spécifiques

5- ÉTAT SENSORIEL

Malvoyant

☐ OUI
 ☐ NON

Non voyant

☐ OUI
 ☐ NON

Malentendant

☐ OUI
 ☐ NON

Non entendant

☐ OUI
 ☐ NON

Hypoesthésie

☐ OUI
 ☐ NON

Hyperesthésie

☐ OUI
 ☐ NON

Appareillage auditif

☐ OUI
 ☐ NON

☐ droit
 ☐ gauche
 ☐ appareillage bilatéral

Lunettes

☐ OUI
 ☐ NON

Canne blanche

☐ OUI
 ☐ NON

Aide technique

☐ OUI
 ☐ NON

Précisez :

Remarques

6- SOMMEIL

Paisible

☐ OUI
 ☐ NON

Perturbé

☐ OUI
 ☐ NON

Crise d'épilepsie

☐ OUI
 ☐ NON

Position de sommeil

Besoin d'installation de protection à préciser

☐ OUI
 ☐ NON

Besoin d'appareillage nocturne à préciser

☐ OUI
 ☐ NON

Besoin de mobilisation nocturne

☐ OUI
 ☐ NON

Existence d'objets transitionnel (doudou, etc.)

Rituels d'endormissement

Remarques

7- TOILETTE - HYGIÈNE

Autonomie

☐ Soins de bouche
 ☐ OUI
 ☐ NON

☐ Soins des yeux
 ☐ OUI
 ☐ NON

☐ Toilette du corps
 ☐ OUI
 ☐ NON

☐ Habillage / déshabillage
 ☐ OUI
 ☐ NON

☐ Soins de peau spécifique
 ☐ OUI
 ☐ NON

Escarre

☐ OUI
 ☐ NON

Porteur BMR

☐ OUI
 ☐ NON

☐ Chariot douche
 ☐ Lève-malade
 ☐ Matelas spécifique
 ☐ Coussins

Remarques

8- ALIMENTATION

Orale

Besoin d'aide

☐ OUI
 ☐ NON

Fausse route Alimentaire

☐ OUI
 ☐ NON

Liquide

☐ OUI
 ☐ NON

Durée moyenne du repas

☐ Sonde naso-gastrique
 ☐ Gastronomie (entérale)
 ☐ Parentérale

Trouble du comportement alimentaire

☐ OUI
 ☐ NON

Positionnement

Consistance des aliments

☐ normale
 ☐ hachée
 ☐ mixée

Boisson

☐ liquide
 ☐ gélifiée

Sonde

☐

Régimes (à préciser)

Matériel adapté

☐ OUI
 ☐ NON

Port de prothèse dentaire

☐ OUI
 ☐ NON

(Joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires et matériel adapté)

Remarques

| | | | |
|--|---|------|--|
| NOM <input style="width: 90%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 90%;" type="text"/> | Date | <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
|--|---|------|--|

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Vie quotidienne | Besoins spécifiques |
|------------------------|----------------------------|

| | |
|--|---|
| Autonomie dans la vie quotidienne | Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques |
|--|---|

9- ÉLIMINATION

| | |
|---|---|
| <p>Contrôle sphinctériens acquis</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Constipation habituelle</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Tendance aux fécalomes</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Tendance aux infections urinaires</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la miction</p> <p><input type="checkbox"/> Aide pour aller à la selle (doigtier)</p> <p><input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> à demeure</p> | <p>Couche <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour</p> <p>Taille <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sonde urétrostomie N°(<input style="width: 40px;" type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde vésicale N°(<input style="width: 40px;" type="text"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> Cathéter sus-pubien</p> <p><input type="checkbox"/> Urinal</p> <p><input type="checkbox"/> Étui pénien</p> <p><input type="checkbox"/> Siège WC adapté</p> <p><input type="checkbox"/> Poche anus artificiel</p> |
|---|---|

| |
|--|
| Remarques <input style="width: 90%;" type="text"/> |
| Installations à privilégier ou à éviter <input style="width: 90%;" type="text"/> |

10- RESPIRATION

| | |
|--|---|
| <p>Assistance respiratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Aspiration <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Trachéotomie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> | <p><input type="checkbox"/> O2 Débit <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu Horaires <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Ventilation continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Horaires <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Canule Type N° <input style="width: 40px;" type="text"/> Rythme du changement <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> |
|--|---|

| |
|--|
| Remarques <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|--|

11- CRISE D'EPILEPSIE

| | |
|--|---|
| <p>Fréquence <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Type <input style="width: 100px;" type="text"/></p> | <p>Port du casque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Protocole en cas de crise <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> |
|--|---|

| |
|--|
| Remarques / Recommandations préventives <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|--|

12- DOULEUR (voir grille d'évaluation)

| | |
|--|---|
| <p>Description des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux</p> <p><input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Cris</p> <p><input type="checkbox"/> Mouvements de défense</p> <p><input type="checkbox"/> Raideur</p> <p><input type="checkbox"/> Agitation inhabituelle</p> <p><input type="checkbox"/> Diminution de l'éveil</p> <p><input type="checkbox"/> Diminution de la communication</p> | <p>Les petits moyens pour aider à soulager la douleur</p> <p><input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Jouets <input type="checkbox"/> Doudou</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser)</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Les gestes ou attitudes à éviter</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massage, etc.) auxquels la personne est particulièrement sensible</p> <p><input style="width: 100px;" type="text"/></p> |
|--|---|

| |
|--|
| Remarques <input style="width: 90%;" type="text"/> |
|--|