

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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Remplie par <input type="text"/> Nom <input type="text"/> Fonction <input type="text"/>	<h2>IDENTIFICATION DU PATIENT</h2> NOM <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> Date de naissance <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Code postal <input type="text"/> Ville <input type="text"/> Établissement <input type="text"/>
Représentant légal de la personne <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Tuteur <input checked="" type="checkbox"/> Curateur Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Code postal <input type="text"/> Ville <input type="text"/> Téléphone <input type="text"/> Mobile <input type="text"/>	Personne à contacter Nom <input type="text"/> Prénom <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Code postal <input type="text"/> Ville <input type="text"/> Téléphone <input type="text"/> Mobile <input type="text"/>
Environnement familial en cas d'hospitalisation Présence souhaitée par le patient/ou famille Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Participation souhaitée par le patient/ou famille au repas et actes de la vie quotidienne Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Référents (coordonnées) <ul style="list-style-type: none"> • Médecin traitant <input type="text"/> • Médecin de l'établissement <input type="text"/> • Référent du projet personnalisé au sein de l'institution / domicile <input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> • Traitements : joindre les prescriptions <input type="text"/> • Allergie <input type="text"/> • Autres contre indications <input type="text"/> 	

NOM _____

Prénom _____

Date _____

Vie quotidienne

Besoins spécifiques

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

1- COMMUNICATION

 Verbale Non verbale

Langue usuelle _____

Modalité d'expression (à préciser) _____

Modalité d'expression (à préciser) _____

Fiabilité du oui/non _____

 OUI NON

Remarques _____

Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

Utilise un support de communication (à préciser) _____

Utilise un matériel électronique (à préciser) _____

2- VIE PSYCHIQUE

Participation _____

Agitation _____

Replié sur lui même _____

Risque de fugue _____

Auto-agressivité _____

Hétéro agressivité _____

Retard intellectuel _____

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Remarques / recommandations _____

Consignes de sécurité post-opératoires _____

Remarques _____

3- LOCOMOTION - TRANSFERT - DÉPLACEMENTS

Mode de déplacement (à préciser) _____

Retournement dans le lit _____

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Matériel de locomotion _____

Transfert (lit-fauteuil) _____

 Lit médicalisé

Position assise _____

 Verticaliseur

Utilisation autonome du fauteuil _____

 Potence Lève-malade

Appareillage _____

Remarques _____

4- MOTRICITÉ

A. Spasticité/raideur

 OUI NON Installation ou technique particulière de décontraction Appareillage et/ou postures (à préciser)

B. Mouvements non contrôlés

 OUI NON

C. Troubles orthopédiques invalidants

 Rachis Hanche Fragilité osseuse

Autres _____

Remarques _____

Vie quotidienne**Besoins spécifiques** **Autonomie dans la vie quotidienne**
Soins spécifiques**Besoins en dispositifs médicaux**
ou/et aides techniques**5- ÉTAT SENSORIEL**

Malvoyant
Non voyant
Malentendant
Non entendant
Hypoesthésie
Hyperesthésie

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Appareillage auditif

droit gauche appareillage bilatéral

OUI NON

Lunettes

OUI NON

Canne blanche

OUI NON

Aide technique

OUI NON

Précisez :

Remarques _____

6- SOMMEIL

Paisible
Perturbé
Crise d'épilepsie
Position de sommeil

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Besoin d'installation de protection

OUI NON

à préciser
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

Soins de bouche
 Soins des yeux
 Toilette du corps
 Habillage / déshabillage
 Soins de peau spécifique

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Autonomie

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON

Chariot douche
 Lève-malade
 Matelas spécifique
 Coussins

Escarre
Porteur BMR

Remarques _____

8- ALIMENTATION

Orale
Besoin d'aide
Fausse route
Alimentaire
Liquide

<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	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

Port de prothèse dentaire

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

OUI NON

OUI NON

Remarques _____

NOM _____

Prénom _____

Date _____

_____**Vie quotidienne****Besoins spécifiques****Autonomie dans la vie quotidienne
Soins spécifiques****9- ÉLIMINATION**

Contrôle sphinctériens acquis

 OUI NON

Constipation habituelle

 OUI NON

Tendance aux fécalomes

 OUI NON

Tendance aux infections urinaires

 OUI NON

Aide à la miction

Aide pour aller à la selle (doigtier)

Sondage intermittent à demeure**Besoins en dispositifs médicaux
ou/et aides techniques**Couche nuit jour

Taille _____

 Sonde urétrostomie N°(_____) Sonde vésicale N°(_____)

Cathéter sus-pubien

Urinal

 Étui pénien Siège WC adapté Poche anus artificiel

Remarques _____

Installations à privilégier ou à éviter _____

10- RESPIRATION

Assistance respiratoire

 OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

O2 Débit _____
 Continu Discontinu Horaires _____

Ventilation continue OUI NON
Horaires _____

Canule Type N° _____ Rythme du changement _____

Kiné respiratoire OUI NON

Remarques _____

11- CRISE D'EPILEPSIE

Fréquence _____

Port du casque OUI NON

Type _____

Protocole en cas de crise _____

Remarques / Recommandations préventives _____

12- DOULEUR (voir grille d'évaluation)**Description des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux**

Mimiques Pleurs Cris
 Mouvements de défense
 Raideur
 Agitation inhabituelle
 Diminution de l'éveil
 Diminution de la communication

Les petits moyens pour aider à soulager la douleur

Musique Jouets Doudou
 Autres (à préciser) _____

Les gestes ou attitudes à éviter _____

Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massage, etc.) auxquels la personne est particulièrement sensible _____

Remarques _____