

# DOSSIER DE LIAISON POUR L'ACCUEIL D'ENFANT ET D'ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP

## A FICHE VIE QUOTIDIENNE

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant  
À remettre à l'équipe soignante (si possible avant l'hospitalisation)

Date

Remplie par

Nom

Fonction

Photo

facultative

### POURQUOI ?

Ces fiches de liaison ont pour objectif de faciliter l'hospitalisation et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée ainsi que son retour, par une continuité de l'information. Elles seront envoyées avant l'hospitalisation ou remises lors de l'admission dans le service.

Elles devront être **insérées dans le dossier de soins et restituées à la sortie du patient.**

Ces fiches de liaison comprennent :

- La **fiche vie quotidienne** (A-4 pages) qui accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers. Elle est **remplie et ne peut être modifiée que par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant.** Elle permet à l'équipe hospitalière de bien connaître les besoins spécifiques du patient pour anticiper les moyens techniques ou humains nécessaires à sa bonne prise en charge et d'identifier les différents acteurs ou référents.

- La **fiche retour** (B-2 pages) qui **doit être remplie à chaque sortie d'hospitalisation par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient.** Elle a pour objectif de faciliter le retour d'hospitalisation du patient par une continuité de l'information.

**Fiche de vie quotidienne et fiche retour seront insérées dans le dossier de sortie du patient**



### IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Etablissement d'hébergement

#### Représentant légal de la personne

Famille

Tuteur

Curateur

Nom

Mail

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Mobile

#### Personne à contacter

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone

Mobile

Mail

#### Environnement familial en cas d'hospitalisation

Présence souhaitée par la famille

**Jour**  OUI  NON

NON

**Nuit**  OUI  NON

OUI  NON

Participation souhaitée par la famille au repas

**Midi**  OUI  NON

NON

**Soir**  OUI  NON

OUI  NON

#### Référents (coordonnées)

• Médecin traitant

• Médecin du service hospitalier/médecin spécialiste

• Médecin de l'établissement ou du service adresseur

• Référent du projet personnalisé au sein de l'établissement/domicile

• **Traitements** : Joindre les prescriptions

• Allergie

• Autres contre indications

Dossier ( \* ) téléchargeable sur : [www.occitanie.ars.sante.fr](http://www.occitanie.ars.sante.fr)

NOM

Prénom

Date

--	--	--

## Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

## Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

### 1. COMMUNICATION

verbale     non verbale  
 Langue usuelle  
 Modalités d'expression (précisez)  
  
 Fiabilité du oui/non  
 OUI     NON

Utilise un support de communication (précisez)

Utilise un matériel électronique (précisez)

Remarques

### 2. VIE PSYCHIQUE

Participation                     OUI     NON  
 Agitation                          OUI     NON  
 Replié sur lui-même          OUI     NON  
 Risque de fugue                 OUI     NON  
 Auto-agressivité                OUI     NON  
 Hétéro agressivité             OUI     NON  
 Retard intellectuel               OUI     NON

Remarques/Recommandations

Consignes de sécurité post-opératoires

Remarques

### 3. LOCOMOTION - TRANSFERT - DEPLACEMENTS

Modes de déplacement (à préciser)

Retournement dans le lit      OUI     NON  
 Transfert (lit- fauteuil)       OUI     NON  
 Position assise                  OUI     NON  
 Utilisation autonome  
 du fauteuil                        OUI     NON

Matériel de locomotion

Lit médicalisé     Potence  
 Verticalisateur     Lève-malade  
 Appareillage (précisez) :

(Photos et documents d'installations appréciés)

Documents/photos jointes     OUI     NON

### 4. MOTRICITE

#### A. Spasticité/raideur

 OUI     NON

#### B. Mouvements anormaux

 OUI     NON

#### C. Troubles orthopédiques invalidants

 Rachis     Hanche

 Fragilité osseuse

Autres

Pompe liorésal  
 Installation ou technique particulière de décontraction (à préciser)  
 Appareillage et/ou postures (à préciser)

Horaire d'installation

Durée

(Photos et documents d'installations appréciés)

Documents/photos jointes     OUI     NON

NOM

Prénom

Date




## Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

## Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

### 5. ETAT 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  
 Perturbé  
 Crise d'épilepsie

Besoin d'installation de protection  OUI  NON   
 préciser  
 Besoin d'appareillage nocturne  OUI  NON   
 préciser  
 Besoin de mobilisation nocturne  OUI  NON   
 Existence d'objets transitionnels (doudou, etc.)  
 Rituels d'endormissement (à préciser)

(Documents et photos de positionnement appréciés)

photos jointes  OUI  NON

### 7. TOILETTE - HYGIENE

#### Autonomie

Soins de bouche  
 Soins des yeux  
 Toilette du corps  
 Habillage/déshabillage  
 Soins de peau spécifiques  
 Escarre  OUI  NON  
 Porteur BMR  OUI  NON

OUI  NON  
 OUI  NON  
 OUI  NON  
 OUI  NON  
 OUI  NON

#### Nécessité de matériel :

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  
 Gastrostomie (entérale)  
 Parentérale  
 Trouble du comportement alimentaire  
 OUI  NON

Positionnement (à préciser)  
 Consistance des aliments  
 normale  hachée  mixée  pommade  
 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)

(Documents et photos de positionnement appréciés)

Documents et photos jointes  OUI  NON

NOM

Prénom

Date

--	--	--

## Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

## Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

### 9. ELIMINATION

Contrôles sphinctériens urinaires/anales

 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 demeureCouche  nuit  jour Taille Sonde urétrostomie N°( \_\_\_\_\_) Sonde vésicale N° ( \_\_\_\_\_) Cathéter sus-pubien Urinal Étui pénien Siège WC adapté Poche anus artificiel

Remarques

### 10. RESPIRATION

Assistance respiratoire  OUI  NONAspiration  OUI  NONTrachéotomie  OUI  NON Aspirateur O2 Débit Continu  Discontinu HorairesVentilation continue  OUI  NON

Horaires

 Canule Type N° Rythme du changementKiné respiratoire  OUI  NON

Remarques :

Installations à privilégier ou installations à éviter :

### 11. CRISE D'EPILEPSE

Fréquence

Type

Port du casque  OUI  NON

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 (précisez)

Les gestes ou attitudes à éviter

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

Remarques

## B FICHE RETOUR à domicile ou en institution

À remplir par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient

Attention cette fiche ne fait pas office de compte-rendu d'hospitalisation

Fiche remplie le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
Établissement \_\_\_\_\_  
Service \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_  
Nom du patient \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date d'entrée \_\_\_\_\_ Date de sortie \_\_\_\_\_

### TYPE ET MOTIF D'HOSPITALISATION

SERVICES AIGUS (court séjour)

- En Urgence  
 Programmé

SERVICES SSR (moyen séjour)

Motif \_\_\_\_\_

Durée du séjour \_\_\_\_\_

LIEU DE RETOUR (coordonnées)

- Famille  
 Service Hospitalier  
 Établissement médico-social

### RENDEZ-VOUS / EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le prochain rendez-vous

- Est fixé

Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ Service \_\_\_\_\_  
Médecin \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

- Est à prendre dans un délai de \_\_\_\_\_

Service \_\_\_\_\_ Médecin \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

Examens complémentaires demandés

#### Prélèvements

- Réalisés sur place  
Service \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ horaires \_\_\_\_\_
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

#### Radio

- Réalisée sur place  
Service \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ horaires \_\_\_\_\_
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

#### Autres

- Réalisés sur place  
Service \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ horaires \_\_\_\_\_
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

NOM

Prénom

Date

--	--	--

## BILAN ACTUEL

### Manifestations douloureuses

Signes

Localisation

Traitement

### Date et heure des derniers

soins Pansement

Prise des médicaments

Sondage

### Date de changement ou pose de dispositifs spéciaux

Bouton de gastrostomie

Cathéter

Poche

Sonde urinaire

Canule de trachéotomie

Nouveau dispositif

BMR

OUI

NON

Si oui, précautions particulières :

### Date et heure de la dernière prise alimentaire

De quel type

Régime

Date des dernières selles

Date des dernières règles

### Etat cutané

Reprise de la station assise

OUI, depuis

NON

### Installation préconisée

 de jour de nuit

### Prochains soins à faire

 Pansement Ablation de fils Kiné Autres

### Précautions et surveillance particulières à prendre

### Informations données à la famille/accompagnant professionnel

Par un médecin/IDE

OUI

NON

Ordonnance remise

OUI

NON

Traitement remis

OUI

NON

Autre : \_\_\_\_\_

### Matériel à la sortie

Fauteuil

OUI

NON

Corset-siège

OUI

NON

Attelle

OUI

NON

Chaussures

OUI

NON

Coussins

OUI

NON

Appareil de ventilation

OUI

NON

Autres

Est-il nécessaire de réactualiser les fiches vie quotidienne suite à cette hospitalisation ?

OUI

NON