

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 : refhandicaps@ch-orange.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 Soins spécifiques	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: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Modalité d'expression (à préciser) <input style="width: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 5px;"> Modalité d'expression (à préciser) <input style="width: 150px;" 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: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Utilise un matériel électronique (à préciser) <input style="width: 150px;" type="text"/> </div>
---	--

Remarques

2- VIE PSYCHIQUE

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Participation</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">OUI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Agitation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Replié sur lui même</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Risque de fugue</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Auto-agressivité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Hétéro agressivité</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Retard intellectuel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">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: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Consignes de sécurité post-opératoires <input style="width: 150px;" 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: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Retournement dans le lit</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">OUI</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Transfert (lit-fauteuil)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Position assise</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>Utilisation autonome du fauteuil</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> </table> </div>	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	<div style="margin-top: 10px;"> Matériel de locomotion <input style="width: 150px;" type="text"/> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Lit médicalisé</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Potence</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verticalisateur</td> <td><input type="checkbox"/> Lève-malade</td> </tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Appareillage <input style="width: 150px;" 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: 150px;" 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) </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;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
---	--	---

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

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

9- ÉLIMINATION

<p>Contrôle sphinctériens acquis <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Constipation habituelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Tendance aux fécalomes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Tendance aux infections urinaires <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 Taille <input style="width: 80px;" 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: 80px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu Horaires <input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Ventilation continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Horaires <input style="width: 80px;" 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: 80px;" type="text"/></p> <p>Type <input style="width: 80px;" 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: 80px;" type="text"/></p> <p><input style="width: 80px;" 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: 80px;" type="text"/></p> <p>Les gestes ou attitudes à éviter</p> <p><input style="width: 80px;" type="text"/></p> <p>Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massage, etc.) auxquels la personne est particulièrement sensible</p> <p><input style="width: 80px;" type="text"/></p>
--	--

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