



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)

| | |
|---|---|
| <p>Date</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Remplie par <input type="text"/></p> <p>Nom <input type="text"/></p> <p>Fonction <input type="text"/></p> | <h2>IDENTIFICATION DU PATIENT</h2> <p>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"/></p> |
| <p>Représentant légal de la personne</p> <p><input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur</p> <p>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"/></p> | <p>Personne à contacter</p> <p>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"/></p> |
| <p>Environnement familial en cas d'hospitalisation</p> <p>Présence souhaitée par le patient/ou famille</p> <p>Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Participation souhaitée par le patient/ou famille au repas et actes de la vie quotidienne</p> <p>Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Référents (coordonnées)</p> <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"/> <p>• Traitements : joindre les prescriptions <input type="text"/></p> <p>• Allergie <input type="text"/></p> <p>• Autres contre indications <input type="text"/></p> | |

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

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <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 |

Agitation

Replié sur lui même

Risque de fugue

Auto-agressivité

Hétéro agressivité

Retard intellectuel

Remarques / recommandations

Consignes de sécurité post-opératoires

Remarques

3- LOCOMOTION - TRANSFERT - DÉPLACEMENTS

Mode de déplacement (à préciser)

Matériel de locomotion

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 |

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

NOM _____

Prénom _____

Date _____

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

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
Habillement / 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

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

Besoin d'aide

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

Fausse route

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

Alimentaire

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

Liquide

Positionnement

Consistance des aliments

normale hachée mixée

Boisson liquide gélifiée Sonde

Régimes (à préciser)

Durée moyenne du repas

OUI NON

OUI NON

Matériel adapté

OUI NON

Port de prothèse dentaire

OUI NON

Trouble du comportement alimentaire

(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

Aspiration

 OUI NON

Trachéotomie

 OUI NON

| | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> O2 | Débit _____ | |
| <input type="checkbox"/> Continu | <input type="checkbox"/> Discontinu | Horaires _____ |
| Ventilation continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | |
| Horaires _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Canule | Type N° _____ | Rythme du changement _____ |
| Kiné respiratoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 _____