



Handi-Santé 47

Fiche de liaison – Demande de prise en charge

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

Handi-Santé 47

Un accès à l'hôpital adapté aux personnes en situation de handicap ne pouvant bénéficier de soins en milieu ordinaire.

Pourquoi ?

Cette fiche de liaison a pour objectif de recueillir des informations nécessaires à l'accueil et une prise en charge globale de la personne en situation de handicap.

Ces renseignements nous permettront d'apporter une réponse au plus près des besoins de la personne.

Elles devront être envoyées dans les meilleurs délais afin d'organiser les soins

par courrier postal :

Handi-santé 47

Bloc médico technique

CHD La Candélie 47916 Agen cedex 9

Par fax

05 53 77 79 27

Ou par mail

bloc.medical@ch-candelie.fr

Renseignements médicaux

Diagnostic principal :

Diagnostic associé :

Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Facteurs de risque :

Prises en charge antérieures (date/lieu/compte-rendu médical à joindre si possible) :

Traitements : joindre les prescriptions

Allergies : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Contre-indications :

Poids :

Taille :

IMC :

Possibilité de joindre une synthèse écrite de l'histoire de la maladie.

Autonomie dans la vie quotidienne/Soins spécifiques

| | |
|--|--|
| <p>Communication</p> <p><input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Non verbale</p> <p>Langue usuelle :</p> <p>Fiabilité Oui/Non</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Malvoyant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Non voyant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Malentendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Non entendant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Utilise un support de communication</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>Utilise un matériel électronique/timer</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Précisez :</p> <p>Si Oui : quel appareillage ?</p> |
| <p>Vie psychique</p> <p>Participation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Agitation, crise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Replié sur lui-même <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Risque de fugue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Auto-agressivité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Hétéro-agressivité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Retard intellectuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Symptomatologie en lien avec une pathologie psychiatrique</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Remarques / recommandations : (addiction, facteurs favorisant un trouble du comportement)</p> |
| <p>Remarques</p> | |
| <p>Compliance aux soins</p> <p>La personne se laisse-t-elle examiner facilement habituellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Le MEOPA a-t-il déjà été utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quelle efficacité ?</p> <p>Manifestations du refus ?</p> | <p>Remarques / recommandations</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Transfert – Déplacements Mode de déplacement (fauteuil roulant, déambulateur,...)</p> <p>Aide au transfert lit-fauteuil <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>Si Oui : Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Remarques / recommandations</p> | |
| <p>Douleur Descriptions des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux :</p> <p><input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Cris <input type="checkbox"/> Mouvements de défense <input type="checkbox"/> Raideur <input type="checkbox"/> Agitation inhabituelle <input type="checkbox"/> Diminution de l'éveil <input type="checkbox"/> Diminution de la communication <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> hyper acousie <input type="checkbox"/> Hypo acousie <input type="checkbox"/> Toucher <input type="checkbox"/> Hyperesthésie <input type="checkbox"/> hypoesthésie</p> <p>Evaluation de la douleur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Echelle de douleur utilisée :</p> <p>Protocole douleur existant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez</p> | <p>Les moyens pour aider à soulager la douleur ou à apaiser la personne :</p> <p>Environnement calme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Musique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Jeux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dessins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Magazines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Approche tactile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Tablette <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Objet transitionnel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Autres stratégies :</p> <p>Participation des accompagnants <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Présence habituelle des parents <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
| <p>Remarques/recommandations</p> | |
| <p>Crise épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Protocole en cas de crise :</p> <p>Fréquence : Type : Stabilisation :</p> | <p>Remarques/recommandations :</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Alimentation</p> <p><input type="checkbox"/> Orale</p> <p>Besoin d'aide <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Troubles déglutition <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>-> Solides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>-> Liquides <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Sonde nasogastrique</p> <p><input type="checkbox"/> Gastrostomie (entérale)</p> <p><input type="checkbox"/> Parentérale</p> <p>Préférences alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si Oui, précisez :</p> <p>Intolérances alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si Oui, précisez :</p> | <p>Texture des aliments</p> <p><input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> mixée</p> <p>Boissons</p> <p><input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> Gélifiée</p> <p>Régimes (préciser : sans sel, Hypo, Hyper, sans sucre...)</p> <p>Matériel adapté <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez :</p> <p>Port de prothèse dentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
| <p align="center">Remarques/recommandations :</p> | |
| <p>Elimination</p> <p>Continence <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"/> protection</p> <p><input type="checkbox"/> sonde urétérostomie n°</p> <p><input type="checkbox"/> sonde vésicale n°</p> <p><input type="checkbox"/> cathéter sus-pubien</p> <p><input type="checkbox"/> étui pénien</p> <p><input type="checkbox"/> poche anus artificiel</p> <p>Se munir du matériel le jour J</p> |
| <p>Remarques/recommandations</p> | |
| <p>Respiration</p> <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</p> <p>-> débit :</p> <p><input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu Horaires :</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilation continue Horaires :</p> <p><input type="checkbox"/> Canule -> type :</p> <p>-> N°</p> <p>-> Rythme de changement :</p> |
| <p>Remarques/recommandations</p> | |

Particularités sensorielles

Sensibilité à visuelle Oui Non

-> précisez :

Sensibilité auditive Oui Non

-> précisez :

Sensibilité tactile Oui Non

-> précisez :

Sensibilité olfactive Oui Non

-> précisez :

Sensibilité gustative : Oui Non

-> précisez :

Utilisation de motivateurs Oui Non

-> Si Oui, précisez :

Autres informations pouvant améliorer l'accueil et la prise en charge de la personne