







Identité Patient

NOM :
PRENOM :
DDN : / /

Identification du Handicap


 
 
 
 Moteur Visuel Auditif Maladie Invalidante


 
 A
 Mental Psychique Autisme

ETIQUETTE

Objectif de ce document

Cet outil vise à améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap au CH PAIMPOL / GHT T7

Il a pour but de faciliter la communication d'information. Il permet de fluidifier le parcours de soins.

**MERCI DE JOINDRE A CE DOCUMENT
 UNE LISTE EXHAUSTIVE DES
 DIAGNOSTICS, ANTECEDENTS,
 ALLERGIES ET TRAITEMENTS DE LA
 PERSONNE**

Une personne en situation de handicap a **besoin d'avoir son aidant** (famille ou non) **auprès d'elle, en permanence** (consultation, soins...).

L'aidant rassure le patient mais vous donnera aussi les informations les plus pertinentes sur son état de santé.

Fiche de liaison inspirée des documents produits par l'APHP, le CHM et le CHU Brest.

Renseigné par :
Fonction :
Le : / /

RESIDENCE DE LA PERSONNE

Domicile Etablissement *préciser*

Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone(s) Fax :
 Mail :

REPRESENTANT LEGAL DE LA PERSONNE

Famille Tuteur Curateur

NOM - Prénom :
 Organisme :
 Adresse : Code Postal : Ville :
 Téléphone(s) Fax :
 Mail :

PERSONNE A Contacter

NOM - Prénom :
 Adresse : Code Postal : Ville :
 Téléphone(s) Fax :
 Mail :

MEDECINS

Médecin traitant :
 Médecin référent de l'établissement :
 Médecins spécialistes (*préciser la spécialité*) :
 • •
 • •
 • •

Type de transport (*préciser aussi le transporteur habituel*) :

Dossier MDPH : OUI NON

Allocation(s) Handicap : OUI NON *Préciser :*

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

GESTION DE LA DOULEUR

Expressions d'un état douloureux :

La personne est capable d'exprimer un état douloureux OUI NON

Verbale Mimiques Pleurs Cris Agitation Raideurs Mouvements de défense

Automutilations Autres préciser : f

La personne est capable de localiser la douleur sur un schéma corporel OUI NON

La personne a-t-elle des difficultés à discriminer (par exemple sous-évaluer) la douleur OUI NON

Éléments apaisants lors des soins :

Musique Objet / Doudou / Jouet Massage EMLA

Autres préciser :

COMMUNICATION

	OUI	NON	
			Surdité ?
			OUI <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>
			NON <input type="checkbox"/>
Difficulté de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté à s'exprimer verbalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté de communication avec l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulté particulière dans la relation à l'autre (contact, toucher...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cécité ?
Capacité à lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> partielle <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/>
Fiabilité du oui/non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Utilise un support de communication : OUI NON

préciser

Utilise un matériel électronique : OUI NON

préciser :

Gestes et attitudes à éviter :

COMPORTEMENT

Existe-t-il des troubles du comportement : OUI NON

	OUI	NON	
			Facteurs déclenchants :
Participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Replié sur lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remarques / recommandations :
Risque de fugue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auto-agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hétéro-agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retard Intellectuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

CRISE D'EPILEPSIE

Fréquence : _____ Port de casque : OUI NON

Type : _____ Protocole en cas de crise : _____

Remarques, recommandations préventives : _____

LOCOMOTION - TRANSFERTS - DEPLACEMENTS

Mode de déplacements : _____

Nécessité d'aide ?	OUI	NON	Matériel de locomotion :
Retournement dans le lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/>
Transfert (lit- fauteuil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareillage : _____
Transfert (WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilisation autonome du fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nécessité d'une aide humaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques (photos d'installation si possible) : _____

MOTRICITE

		OUI	NON
Spasticité/raideur	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Mouvements anormaux	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
(précisez)	_____		

Troubles orthopédiques invalidants :			
Rachis <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Fragilité osseuse <input type="checkbox"/>			
Autres :	_____		
		OUI	NON
Pompe spécifiques pour produits		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Installation / technique de décontraction (photos ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareillage :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attelle de jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attelle de nuit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corset		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siège moulé pour fauteuil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matelas moulé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussures orthopédiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :			
Remarques (photos d'installation appréciées) : _____			

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

ALIMENTATION

<input type="checkbox"/> Orale	OUI	NON	Consistance des aliments : Normale <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> Mixée <input type="checkbox"/> Pommade <input type="checkbox"/>
Besoin d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boisson : Eau plate <input type="checkbox"/> Eau pétillante <input type="checkbox"/> Gélifiée <input type="checkbox"/>
Fausse route			Matériel adapté OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port de prothèse dentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Liquide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durée moyenne du repas :			
<input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique	Positionnement (photos ?) :		
<input type="checkbox"/> Gastrostomie (entérale)			
<input type="checkbox"/> Parentérale	Régimes (précisez) :		
Trouble du comportement alimentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Remarques, installation à privilégier ou à éviter :			

RESPIRATION

	OUI	NON		OUI	NON
Essoufflement au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Matériel d'aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O2		
			Débit / Durée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respirateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cannule		
Trachéotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type / taille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachéostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rythme de changement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ventilation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Horaires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Kiné respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques, installation à privilégier ou à éviter :					

ELIMINATION

	OUI	NON	
Contrôles sphinctériens acquis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protection : nuit <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/>
Constipation habituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille ()
Tendance aux fécalomes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonde urétrostomie N°()
Tendance aux infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonde vésicale N°()
			<input type="checkbox"/> Cathéter sus-pubien
<input type="checkbox"/> Aide à la miction			<input type="checkbox"/> Urinal
<input type="checkbox"/> Aide pour aller à la selle (doigtier)			<input type="checkbox"/> Étui pénien
Sondage : intermittent <input type="checkbox"/> à demeure <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Siège WC adapté
			<input type="checkbox"/> Poche anus artificiel
Remarques :			

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

SOMMEIL

<input type="checkbox"/> Paisible <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie Position de sommeil (photos ?) :	Besoin d'installation de protection : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>(préciser) :</i> Besoin d'appareillage nocturne : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>(préciser) :</i> Besoin de mobilisation nocturne : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rituels d'endormissement :	Existence d'objets transitionnels (<i>doudou, etc.</i>) :
Remarques, installation à privilégier ou à éviter :	

TOILETTE - HYGIENE - SOINS DU CORPS

	Nécessité d'aide ?	Partielle	Totale	
<input type="checkbox"/> Brossage dentaire Brosse à dent : électrique <input type="checkbox"/> manuelle <input type="checkbox"/> à poils : Dentifrice :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chariot douche <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> Coussins
<input type="checkbox"/> Soins de bouche <i>(précisez) :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Soins des yeux <i>(précisez) :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Toilette du corps <i>(précisez) :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Habillage/déshabillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Porteur BMR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soins de peau spécifiques <i>(précisez) :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques :

COMMENTAIRES EVENTUELS

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

FICHE MEDICALE*

*Substituable par un document institutionnel semblable



DIAGNOSTICS

-
-
-
-
-
-
-

ANTECEDENTS

-
-
-
-
-
-
-

ALLERGIES

-
-
-
-

INTOLÉRANCES

-
-
-

TRAITEMENTS

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-