

HANDI-CONSULT 06 – FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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



**CENTRE DE SANTÉ
ROSSETTI**



Cette fiche de liaison a pour objectif de faciliter la consultation et d'améliorer la prise en charge de la personne polyhandicapée.

Elle devra être envoyée avant la consultation ou remise lors de la consultation.

Cette fiche sera remplie par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant. Elle nous permettra de mieux 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.

Docteur Jean Pierre Flambart
Directeur Médical

En partenariat avec
l'Association des Paralysés de France
et
le Conseil Général des Alpes Maritimes



INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Etablissement :

N° Sécurité Sociale:

Taille:

Poids:

PROTECTION JURIDIQUE

aucune

curatelle

tutelle

autre ou en cours

Nom et coordonnées Tuteur/Curateur :

PERSONNE DE CONFIANCE SI DESIGNÉE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

DIRECTIVES ANTICIPEES : non ou ne sait pas oui, détenues par

NATURE ET ORIGINE DU HANDICAP

- Diagnostic du handicap :
- Date de survenue :

TRAITEMENTS : Joindre les prescriptions

- Classes thérapeutiques :

Voie orale

Injectable

Gastrostomie

Autre

- Gestion du traitement : seul Aide donné par un tiers

RÉFÉRENTS MÉDICAUX :

	Nom	Adresse	Courriel ou Fax	Téléphone
Médecin traitant				
MPR/neurologue				
Psychiatre				
Autres spécialités				
Kinésithérapeute				
Orthophoniste :				

ETAT DE SANTÉ

- **Autres pathologies chroniques** en cours de traitement (ex : diabète, dépression, hyperthyroïdie, hypertension, ..)
- **Principaux antécédents médicaux** dont psychiatriques - Joindre les comptes rendus d'hospitalisation
- **Principaux antécédents chirurgicaux** liés ou non au handicap :
 Arthrolyse du rachis valve de dérivation du LCR Dispositif médical implanté (ex : pace maker), préciser :
- **Hospitalisations et interventions chirurgicales** récentes (moins d'un an) ou prévues (dans l'année) :
- **Rééducations**
 Kinésithérapie motrice (nature, fréquence)
 Kinésithérapie respiratoire Manuelle Appareil aide à la toux Relaxateur de pression Bird/200)
 Orthophonie (nature/fréquence)
 Autre (préciser)
- **Vaccinations** (dates)
- **groupe sanguin** (copie si possible de la carte)
- **Allergie** (médicaments, aliments, anesthésie)
- **Régime alimentaire** :
- **Toxiques** : Alcool Tabac Autres

Remplie par

NOM	FONCTION	DATE	SIGNATURE

1- MOTRICITE : paralysie, mouvements involontaires, amputation, spasticité, rétractions, faiblesse musculaire

<input type="checkbox"/> Atteinte des 4 membres (ex : tétraplégie) <input type="checkbox"/> Atteinte des 2 membres inférieurs (ex : paraplégie, diplégie) <input type="checkbox"/> Atteinte des membres du même côté (ex : hémiplégie) <input type="checkbox"/> Atteinte des 4 membres (ex : tétraplégie) <input type="checkbox"/> Atteinte d'un seul membres (ex : monoplégie) <input type="checkbox"/> Atteinte de de la têtev et :ou du tronc Spasticité/raideur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mouvements anormaux <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles orthopédiques invalidants <input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Fragilité osseuse Autres	<input type="checkbox"/> Pompe Blacofène (Liorésal) <input type="checkbox"/> Installation <input type="checkbox"/> Appareillage
--	---

Remarques (photos d'installations appréciées)

2. COMMUNICATION

<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> non verbale Langue usuelle : Modalités d'expression (précisez) : Fiabilité du oui/non <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Utilise un support de communication (précisez) : Utilise un matériel électronique (précisez) :
---	---

3. VIE PSYCHIQUE : troubles cognitifs et du comportement

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 Auto-agressivité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hétéro agressivité <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Troubles de l'humeur <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Déficiência intellectuelle (retard mental) <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Sévère/profonde Autres atteinte cognitive <input type="checkbox"/> Aphasie ou troubles du langage <input type="checkbox"/> Troubles du jugement ou du raisonnement <input type="checkbox"/> Troubles attentionnels
---	--

Remarques :

4. 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 :

Matelas/coussin anti-escarre (préciser)
 contention prescrite (barrières, sangles, autres,..)

Remarques

5. APPAREILLAGE

Canne, déambulateur
 Fauteuil roulant manuel électrique
 Orthèse (*siège moulé, corset-siège,...*)
 Prothèse :
 Autre(s) appareillage(s) (*préciser*)

Sonde urinaire Stomie urinaire
 Stomie digestive d'élimination
 Gastro ou jéjunostomie d'alimentation
 Trachéotomie
 Appareil de ventilation (*préciser*) Oxygène

Nom appareilleur :

Remarques :

6. 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
 Lunettes OUI NON
 Canne blanche OUI NON
 Aide technique OUI NON
 Précisez :

Remarques :

Autonomie dans la vie quotidienne
Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux
ou/et aides techniques

7. SOMMEIL

<input type="checkbox"/> Paisible <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie	Besoin d'installation de protection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON préciser Besoin d'appareillage nocturne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON préciser Besoin de mobilisation nocturne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
--	--

Remarques (photos de positionnement appréciées) photos

7. TOILETTE – HYGIENE

<input type="checkbox"/> Soins de bouche <input type="checkbox"/> Soins des yeux <input type="checkbox"/> Toilette du corps <input type="checkbox"/> Habillage/déshabillage <input type="checkbox"/> Soins de peau spécifiques Escarre <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Porteur BMR <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	<input type="checkbox"/> Chariot douche <input type="checkbox"/> Lève-malade <input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> Coussins
--	---	---

Remarques

8. ALIMENTATION

<input type="checkbox"/> Orale Besoin d'aide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Fausse route Alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Liquide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Durée moyenne du repas <input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> Gastrostomie Trouble du comportement alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Positionnement (voir photos) Consistance des aliments <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> mixée Boisson <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gélifiée <input type="checkbox"/> Sonde Régimes (à préciser) Matériel adapté <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Port de prothèse dentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (Joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires et matériel adapté)
--	--

Remarques (photos de positionnement appréciées)

photos jointes OUI NON

Autonomie dans la vie quotidienne
Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux
ou/et aides techniques

9. ELIMINATION

Contrôles sphinctériens acquis
 OUI NON WC normal urinal/bassin

Constipation habituelle
 OUI NON

Tendance aux fécalomes
 OUI NON

Tendance aux infections urinaires OUI NON

Aide à la miction OUI NON

Aide pour aller à la selle (doigtier) OUI NON

Sondage urinaire OUI NON
 à demeure intermittent
 Hétérosondage(nombre/jr, horaires) :
 Autosondage nombre/jr, horaires) :

Sonde urétrostomie N°(____)

Sonde vésicale N° (____)

Cathéter sus-pubien

Urinal

Étui pénien

Siège WC adapté

Poche anus artificiel

Couche nuit jour

Remarques

10. RESPIRATION

Assistance respiratoire OUI NON

Aspiration OUI NON

Trachéotomie OUI NON

\$ apnée du sommeil Insuffisance respiratoire

Autre :

Kiné respiratoire OUI NON

Bird, Alpha 200 OUI NON

Aspirateur :

Oxygénothérapie – Débit(l/mn) :

Continu Discontinu Durée(h/24) :

Ventilation continue
 OUI NON Durée(h/24) :

Type du matériel :

Canule Type N° Rythme du changement

Remarques

11. CRISE D'ÉPILEPSIE

Aucun troubles ni antécédents

stabilisée (date de la dernière crise)

non stabilisée (fréquence et type des crises)

Port du casque OUI NON

Protocole en cas de crise

Remarques / Recommandations préventives

Autonomie dans la vie quotidienne
Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux
ou/et aides techniques

12. DOULEURS

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,

Remarques

13. AUTRES ÉLÉMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DU PATIENT OU DU RÉSIDENT À PRENDRE EN COMPTE