

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

INFORMATION SUR LE PATIENT

NOM

Prénom

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone :

adresse mail :

Lieu de vie

- Domicile :
- Etablissement médico-social :
- Etablissement sanitaire :

Médecin traitant

- Nom : _____ Prénom : _____
- Téléphone :
- Mail :

La personne qui m'accompagne le jour de ma consultation

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :

La personne qui a complété ce document

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :

Représentant légal

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Statut juridique

- Pas de mesure de protection
- Tutelle
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Sauvegarde de justice
- Mineur émancipé

Centre de Santé ROSSETTI – 400, Bd de la Madeleine – 06 000 Nice

Tel. : 04 97 11 70 80 - Fax : 04 97 11 70 81 E-mail : centredesante@pep06.fr

CONSULTATION DEMANDÉE

- Médecine générale Pédiatrie Médecine Physique&Réadaptation Algologie
 ORL Ophtalmologie Gynécologie Psychiatrie

**MOTIF
DE**

CONSULTATION :

NATURE ET ORIGINE DU HANDICAP :

- Diagnostic du handicap :
- Date de survenue :

- Moteur :
 Tétraplégie: 4 membres Paraplégie, diplégie: 2 membres inférieurs Hémiplégie
 Spasticité/raideur Mouvements anormaux

- Déficit Cognitif (Intellectuel) Léger Modéré Sévère à profond

- Polyhandicap Trouble du spectre de l'autisme (TSA) Handicap psychique
 Handicap visuel Mal Voyant Non voyant
 Handicap auditif Mal entendant non entendant
 Autre

AUTRES PATHOLOGIES en cours de traitement

- Diabète Hypertension Epilepsie Pathologie cardiaque Contraceptif
 Autre

TRAITEMENTS : Apporter les ordonnances

- Prises d'anticoagulants

ETAT DE SANTÉ

- **Principaux antécédents médicaux** dont psychiatriques - *Apporter les comptes rendus d'hospitalisation*
 -
 -
- **Principaux antécédents chirurgicaux** liés ou non au handicap :
 -
 -
- **Hospitalisations et interventions chirurgicales** récentes (moins d'un an) ou prévues (dans l'année) :
 -
- **Allergie** (médicaments, aliments, anesthésie)
- **Présence de douleurs :** Oui Toujours Parfois Non
- **Suivi gynécologie**
 - Date du dernier rendez-vous : Nom du spécialiste :
 - Date des dernières règles :
 - Contraceptif :

- nombre d'enfants:

CAPACITÉ À COMMUNIQUER

Communication verbale non verbale Langue usuelle :

Utilise Pictogramme Tablette tactile LSF Synthèse vocale

CAPACITÉS À COMPRENDRE

Normale Limitée Non évaluable Nulle

CAPACITÉ À SE DÉPLACER ET À SE TRANSFÉRER

Modes de déplacement : Marche autonome Transfert autonome Attelles Prothèse

Matériel de locomotion : canne(s) fauteuil roulant manuel Fauteuil électrique cadre de marche

Transfert : Autonome Avec aide humaine Avec aide matérielle Lève personne

AUTRES CAPACITÉS

Capacité à maintenir la bouche ouverte

Capacité à être touché(e)

Capacité à maintenir la tête immobile

Capacité à s'installer sur le fauteuil d'examen

Capacité à se déshabiller

Capacité à maintenir la tête immobile

Capacité à accepter d'instillation de collyre

Capacité à comprendre des consignes simples

Capacité à s'installer sur la table d'examen

POUR ALLER PLUS LOIN

- Objets (s) et chose(s) spécifiques qui ne sont pas supportées :
- Personnalisation nécessaire
 - Ambiance sonore :
 - Ambiance lumineuse Très lumineuse Modérée Tamisée
 - Prévoir sédation consciente (MEOPA)
 - Vous apportez votre objet transitionnel (doudou...)
- Les fiches santé BD téléchargeables sur <https://santebd.org/>

Merci de retourner ce document par mail à centredesante@pep06.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail. Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 04 97 11 70 80