

FICHES DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE HANDICAPÉS DÉPENDANTS

A FICHE VIE QUOTIDIENNE

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant
À remettre à l'équipe soignante (si possible avant l'hospitalisation)

<p>DATE DE VENUE :</p> <p>OBJET DE L'HOSPITALISATION :</p> <hr/> <p>Date</p> <p>Remplie par</p> <p>Nom</p> <p>Qualité</p> <p>Tel</p> <p>Mail</p> <hr/> <p>Photo Patient</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; text-align: center; width: 150px; margin: 0 auto;"> <p><i>Photo facultative</i></p> </div> <hr/> <p>POURQUOI ?</p> <p>Ces fiches de liaison ont pour objectif de faciliter l'hospitalisation et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée ainsi que son retour, par une continuité de l'information. Elles devront être insérées dans le dossier de soins et restituées à la sortie du patient.</p> <p>Ces fiches de liaison comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fiche vie quotidienne (A-4 pages) accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers. Elle doit être envoyée avant l'hospitalisation. Elle est remplie et ne peut être modifiée que par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant. Elle permet à l'équipe hospitalière de bien 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. • La fiche retour (B-2 pages) doit être remplie à chaque sortie d'hospitalisation par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient. Elle a pour objectif de faciliter le retour d'hospitalisation du patient par une continuité de l'information. <p>Fiche de vie quotidienne et fiche retour seront insérées dans le dossier de sortie du patient.</p>	<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px;">IDENTIFICATION DU PATIENT</div> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p><u>Etablissement</u> :</p> <p>Téléphone : Mail :</p> <p>Capacité juridique</p> <p><input type="checkbox"/> Patient majeur avec capacité juridique</p> <p>Avez- vous désigné une personne de confiance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>Si besoin formulaire en annexe</i></p> <p>Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Patient mineur ou majeur protégé</p> <p>Nom (s)</p> <p>Prénom (s)</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p>Téléphone Mobile</p> <p>Personne à prévenir</p> <p>Nom Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p>Téléphone Mobile</p> <p>Accompagnant</p> <p>Nom Prénom</p> <p>Qualité</p> <p>Présence souhaitée : Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Repas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Référents (bien indiquer les coordonnées)</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Médecins spécialistes :</p> <p>Médecin de l'établissement ou du service adresseur :</p> <p>Référent du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile :</p>
---	--

NOM

Prénom

Date : / /

Taille : Poids :	Traitements : Joindre les prescriptions Allergies : Autres : Vaccinations : Antécédents médicaux et chirurgicaux :
-------------------------	---

Autonomie dans la vie quotidienne – Soins Spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux ou /et aides techniques

1. COMMUNICATION

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

Remarques

2. VIE PSYCHIQUE

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 Risque de fugue <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 Retard Intellectuel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Remarques /Recommandations Consignes de sécurité post-opératoires
---	--

Remarques

3. LOCOMOTION – TRANSFERT – DÉPLACEMENTS

Appui debout <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Modes de déplacement (à préciser) : Retournement dans le lit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Transfert (lit-fauteuil) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Position assise <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Utilisation autonome du fauteuil <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Matériels d'installation, mobilisation et transfert : <input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Potence <input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade Appareillage :
---	--

Remarques

Photos d'installations appréciées

photos jointes OUI NON

Autonomie dans la vie quotidienne – Soins Spécifiques		Besoins en dispositifs médicaux ou /et aides techniques	
4.-MOTRICITÉ			
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 liorésal <input type="checkbox"/> Installation ou technique particulière de décontraction (voir photos) <input type="checkbox"/> Appareillage et/ou postures (préciser) (voir photos) Horaire d'installation : Durée :	
Remarques (photos d'installations appréciées)		photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
5. ÉTAT SENSORIEL			
Malvoyant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Non voyant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Malentendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Non entendant <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hypoesthésie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hyperesthésie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Appareil auditif <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> appareil bilatéral Lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Canne blanche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Aide technique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez :	
Remarques			
6. SOMMEIL			
<input type="checkbox"/> Paisible <input type="checkbox"/> Perturbé <input type="checkbox"/> Crise d'épilepsie Position de sommeil (voir photos) : Rituels d'endormissement : Objets transitionnels (doudou, etc.) :		Besoin d'installation de protection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Préciser : Besoin d'appareil 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 jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

7. TOILETTE - HYGIÈNE**Soins**

- Soins de bouche
 Soins des yeux
 Toilette du corps
 Habillage/déshabillage
 Soins de peau spécifiques

Autonomie

- OUI NON
 OUI NON
 OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

- Chariot douche
 Lève- malade
 Matelas spécifique
 Coussins
Escarre OUI NON
Porteur BMR OUI NON

Règles OUI NON Date des dernières :

Modalité de gestion :

Remarques

8. ALIMENTATION Orale• Besoin d'aide OUI précisez :

• Fausse route

Alimentaire OUI NONLiquide OUI NON

• Durée moyenne du repas :

 Sonde naso-gastrique Gastrostomie (entérale) Parentéral• Troubles du comportement alimentaire OUI

Lesquels :

• Positionnement (voir photos)

• Texture des aliments : normale coupée hachée mixée pommade• Boisson : liquide gélifiée pétillante Sonde – précisez :

• Régimes (à préciser) :

• Matériel adapté OUI Précisez :

• Port de Prothèse dentaire OUI NON
(joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires matériel adapté)

Remarques (photos de positionnement et matériels appréciées)

photos jointes OUI NON**9. ÉLIMINATION**

Contrôle sphinctériens

 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 demeureProtection nuit jour taille : Sonde urétrostomie N° Sonde vésicale N° : Cathéter sus –pubien Urinal Etui pénien taille : Siège WC adapté Poche anus artificiel

Remarques

Autonomie dans la vie quotidienne – Soins Spécifiques		Besoins en dispositifs médicaux ou /et aides techniques	
10. RESPIRATOIRE			
Assistance Respiratoire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Aspirateur <input type="checkbox"/> O ₂	
Aspiration	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON VNI <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>	Débit <input type="checkbox"/> Continu <input type="checkbox"/> Discontinu Horaires :	
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	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 :			
Installations à privilégier ou à éviter :			
11. CRISE D'ÉPILEPSIE			
Fréquence :		Port du casque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 <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"/> Troubles du sommeil <input type="checkbox"/> Perte d'appétit Modes d'évaluation :		Les petits moyens pour aider à soulager la douleur : <input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Jouets <input type="checkbox"/> Doudou <input type="checkbox"/> Autres (précisez) Les gestes ou attitudes à éviter : Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massages, etc.) auxquels la personne est particulièrement sensible :	
Remarques			