

**Identité Patient**

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DDN :        /        /

**Identification du Handicap**

Moteur   
  Visuel   
  Auditif   
  Maladie Invalidante

Mental   
  Psychique   
  **A** Autisme

ETIQUETTE

PHOTO

**Objectif de ce document**

Cet outil vise à améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap au CHRU de BREST.

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 et le CHM

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

Eléments apaisants lors des soins :

Musique  Objet / Doudou / Jouet  Massage  EMLA

Autres  préciser :

### COMMUNICATION

	OUI	NON	
			<u>Surdité ?</u>
			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"/>	
			<u>Cécité ?</u>
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	
			<u>Facteurs déclenchants :</u>
Participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Replié sur lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
			<u>Remarques / recommandations :</u>

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"/>	
Transfert (WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareillage :
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

Spasticité/raideur OUI  NON

Mouvements anormaux OUI  NON

(précisez)

Troubles orthopédiques invalidants :

Rachis  Hanche  Fragilité osseuse

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

### RESPIRATION

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

### ELIMINATION

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

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

Remarques :

## SOMMEIL

Paisible

Perturbé

Crise d'épilepsie

Position de sommeil (photos ?) :

Besoin d'installation de protection : OUI  NON

(préciser) :

Besoin d'appareillage nocturne : OUI  NON

(préciser) :

Besoin de mobilisation nocturne : OUI  NON

Rituels d'endormissement :

Existence d'objets transitionnels (doudou, etc.) :

Remarques, installation à privilégier ou à éviter :

## TOILETTE - HYGIENE - SOINS DU CORPS

	Nécessité d'aide ?	Partielle	Totale	
<input type="checkbox"/> Brossage dentaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chariot douche
<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Brosse à dent : électrique <input type="checkbox"/> manuelle <input type="checkbox"/> à poils :</li> <li>▸ Dentifrice :</li> </ul>				<input type="checkbox"/> Chaise de douche
<input type="checkbox"/> Soins de bouche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève-malade
(précisez) :				<input type="checkbox"/> Verticalisateur
<input type="checkbox"/> Soins des yeux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Matelas spécifique
(précisez) :				<input type="checkbox"/> Coussins
<input type="checkbox"/> Toilette du corps		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escarre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
(précisez) :				Porteur BMR : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Habillage/déshabillage		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Soins de peau spécifiques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(précisez) :				

Remarques :

## COMMENTAIRES EVENTUELS

NOM :	
PRENOM :	
DDN :	/ /

## FICHE MEDICALE\*

\*Substituable par un document institutionnel semblable



### DIAGNOSTICS

-
---

### ANTECEDENTS

-
---

### ALLERGIES

### INTOLÉRANCES

-	-
---	---

### TRAITEMENTS

-
---

-  
-  
-  
-  
-  
-  
-