


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

A

FICHE VIE QUOTIDIENNE

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

Date : / /	IDENTIFICATION DU PATIENT
<p>Rempli par :</p> <p>Fonction :</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 10px; text-align: center; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p>Photo facultative</p></div>	<p>NOM : Prénom : Date de naissance : Adresse : Code postal : Ville : Etablissement : Téléphone : Mail :</p> <p><u>Capacité juridique</u></p> <p><input type="radio"/> <i>Patient majeur avec capacité juridique</i> Avez- vous désigné une personne de confiance ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="radio"/> <i>Patient mineur ou majeur protégé</i></p> <p>Représentant légal : <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Curateur</p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : Mobile :</p> <p><u>Personne à prévenir</u></p> <p>Nom : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Téléphone : Mobile :</p> <p><u>Accompagnant/Aidant</u></p> <p>Nom : Prénom : Qualité :</p> <p><u>Présence souhaitée</u></p> <p>Jour <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nuit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Repas <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><u>Référents</u> (coordonnées)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Médecin traitant :▪ Médecin du service hospitalier :▪ Médecin de l'établissement ou du service adresseur :▪ Référent du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile :
<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.</p> <p>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>	
 <p>CENTRE HOSPITALIER Carcassonne</p>	

NOM :	Prénom :	Né(e) le :
DONNEES MEDICALES		
Nature du handicap :	Antécédents médicaux et chirurgicaux :	
Taille :	Allergies :	
Poids :	Autres :	
	Vaccinations :	
	Traitements : joindre la dernière ordonnance	
Autonomie dans la vie quotidienne	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques	
Soins spécifiques		
1. COMMUNICATION		
<u>Expression</u> :	Modalités d'expression (précisez)	
- verbale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
- non verbale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Utilise un support de communication (précisez)	
<u>Compréhension</u> :		
- verbale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
- non verbale <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Utilise un matériel électronique (précisez)	
<u>Langue usuelle</u> :		
<u>Fiabilité du OUI /NON</u> :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Remarques :		
2. VIE PSYCHIQUE		
Participation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Remarques /Recommandations	
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	Consignes de sécurité post-opératoires	
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 :		
3. LOCOMOTION – TRANSFERT – DÉPLACEMENTS		
Appui debout <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Matériels d'installation, mobilisation et transfert :	
Modes de déplacement (à préciser) :		
Retournement dans le lit <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> Potence	
Transfert (lit-fauteuil) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Verticalisateur <input type="checkbox"/> Lève malade	
Position assise <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Utilisation autonome du fauteuil	Appareillage :	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Remarques :		
Photos d'installations appréciées	photos jointes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

NOM :		Prénom :		Né(e) le :	
Autonomie dans la vie quotidienne			Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques		
Soins spécifiques					
4. MOTRICITE					
Spasticité/raideur		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Pompe liorésal	
Mouvements anormaux		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Installation ou technique particulière de décontraction (voir photos)	
Troubles orthopédiques invalidants :				<input type="checkbox"/> Appareillage et/ou postures (préciser) (voir photos)	
<input type="checkbox"/> Rachis		<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Fragilité osseuse		
Autres :				Horaire d'installation :	
				Durée :	
Remarques (photos d'installations appréciées)			photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
5. ETAT SENSORIEL					
Malvoyant		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Appareil auditif <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Non voyant		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> appareil bilatéral	
Malentendant		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Non entendant		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Canne blanche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Hypoesthésie		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Aide technique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Hyperesthésie		<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	Besoin d'installation de protection <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Position de sommeil (voir photos) :				Préciser :	
Rituels d'endormissement :				Besoin d'appareil nocturne <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Objets transitionnels (doudou, etc.) :				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		

NOM :		Prénom :		Né(e) le :	
Autonomie dans la vie quotidienne			Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques		
Soins spécifiques					
7. TOILETTE - HYGIENE					
<u>Soins</u>		<u>Autonomie</u>			
<input type="checkbox"/> Soins de bouche	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chariot douche	
<input type="checkbox"/> Soins des yeux	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève- malade	
<input type="checkbox"/> Toilette du corps	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Matelas spécifique	
<input type="checkbox"/> Habillage/déshabillage	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Coussins	
<input type="checkbox"/> Soins de peau spécifiques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Escarre	
				<input type="checkbox"/> Porteur BMR	
Règles <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Date des dernières :		
			Modalité de gestion :		
Remarques					
8. ALIMENTATION					
<input type="checkbox"/> <u>Orale</u>			<u>Positionnement/installation</u> (voir photos)		
- Besoin d'aide <input type="checkbox"/> OUI précisez :			<u>Texture des aliments</u> :		
- Fausse route :			<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> coupée <input type="checkbox"/> hachée		
Alimentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			<input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> pommade		
Liquide <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			<u>Boisson</u> :		
- Durée moyenne du repas :			<input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> gélifiée <input type="checkbox"/> pétillante		
<input type="checkbox"/> Sonde naso-gastrique			<input type="checkbox"/> Régimes (à préciser) :		
<input type="checkbox"/> Gastrostomie (entérale)			<input type="checkbox"/> Matériel adapté Précisez :		
<input type="checkbox"/> Parentéral			<input type="checkbox"/> Port de Prothèse dentaire		
<input type="checkbox"/> Troubles du comportement alimentaire			(joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires matériel adapté)		
Lesquels :					
Remarques (photos de positionnement et matériels appréciées) photos jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
9. ELIMINATION					
Contrôle sphinctériens		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Protection <input type="checkbox"/> nuit <input type="checkbox"/> jour taille :	
Constipation habituelle		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sonde urétrostomie N°	
Tendance aux fécalomes		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Sonde vésicale N° :	
Tendance aux infections urinaires		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<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"/> Etui pénien taille :	
<input type="checkbox"/> Sondage <input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> à demeure				<input type="checkbox"/> Siège WC adapté	
				<input type="checkbox"/> Poche anus artificiel	
Remarques :					

NOM :		Prénom :		Né(e) le :	
Autonomie dans la vie quotidienne			Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques		
Soins spécifiques					
10.RESPIRATOIRE					
Assistance Respiratoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Aspirateur	<input type="checkbox"/> O2 Débit =	
Aspiration	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Continu		
VNI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Discontinu	Horaires :	
VI	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Ventilation continue <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Trachéotomie	<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'EPILEPSIE					
Fréquence :			Port du casque <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Type :			Protocole en cas de crise :		
Remarques / Recommandations préventives					
12.DOULEUR					
<u>Description des attitudes qui peuvent exprimer un état douloureux :</u>			<u>Les petits moyens pour aider à soulager la douleur</u>		
<input type="checkbox"/> Mimiques			<input type="checkbox"/> Musique		
<input type="checkbox"/> Pleurs			<input type="checkbox"/> Jouets		
<input type="checkbox"/> Cris			<input type="checkbox"/> Doudou		
<input type="checkbox"/> Mouvements de défense			<input type="checkbox"/> Autres (précisez)		
<input type="checkbox"/> Raideur			Les gestes ou attitudes à éviter :		
<input type="checkbox"/> Agitation inhabituelle					
<input type="checkbox"/> Diminution de l'éveil			Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massages, etc.) auxquels la personne est particulièrement sensible :		
<input type="checkbox"/> Diminution de la communication					
<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil					
<input type="checkbox"/> Perte d'appétit					
Modes d'évaluation :					
Remarques :					

