



# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RDV POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Motif de consultation :

Spécialiste :

Date du dernier suivi:

Demande faite par :

## IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom Marital (obligatoire) :

Prénom :

Date de naissance :

## NATURE DU HANDICAP

Sensoriel :  Audition  Vision

Moteur :

Psychique  Mental

Langage  Polyhandicap  Maladie invalidante

Précision :

## DONNEES MORPHOLOGIQUES

Poids :

Taille :

IMC :

## ATCD

- Dentaire :

- Gynécologique :

- Médicaux:

- Chirurgicaux :

- Allergie :

- PAI : OUI  à joindre NON

## TRAITEMENTS

Joindre la dernière ordonnance.

Vaccination à jour : oui / non

## APPAREILLAGE

Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant électrique  Mon fauteuil est réglable en hauteur

Prothèse(s) :  Auditive  Dentaire  Autre

Trachéotomie (préciser type de canule) :

Respirateur

Sonde urinaire

Colostomie

Gastrostomie

Autres :

## COMMUNICATION

Orale  Synthèse vocale  Limitée  Code ou pictogramme

Langues des signes  Nulle

Autres/commentaires :

## COMPREHENSION

Normale  Limitée  Non évaluable  Nulle

Autres/commentaires

## DOULEUR

– Moyens d'expression d'un état douloureux

- Verbale  Mimiques  Pleurs  Cris  Mouvements de défense  Agitation  
 Raideur  Diminution de l'éveil  Diminution de la communication  Echelle personnelle (à apporter)

Autres :

– Les moyens pour aider à soulager la douleur

- Musique  Doudous/Jouets  Massage  Patchs anesthésiants  Médicaments :

Traitement efficace habituellement :

– Signes d'apaisement

## COMPORTEMENT

- Participatif  Agité  Replié sur lui-même  Risque de fugue  
 Retard intellectuel  Auto-agressivité  Hétéro agressivité

## ADAPTATIONS SOUHAITEES

- Ambiance sonore :  
 Ambiance lumineuse :  Très lumineuse  Modérée  Tamisée  
 Vous apportez votre objet transitionnel (doudou...)  
 Prévoir sédation consciente (MEOPA)  
– Installation pour la consultation :  
 Au brancard  Au fauteuil de consultation  Au fauteuil roulant  
– Mode de transfert :  
 Autonome  Avec aide humaine (pivot)  Avec aide matériel ( Filet /  Planche)

## LIEU DE VIE

- Domicile :  
 Etablissement sanitaire :  
 Etablissement médico-social :

## MEDECIN TRAITANT

Nom Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

### PERSONNE REFERENTE A CONTACTER

NOM Prénom :  
Lien avec le patient :  
Adresse :  
 Aidant familial  Professionnel Autre (préciser)  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

### PERSONNE DE CONFIANCE

NOM Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

## STATUT JURIDIQUE

- Pas de mesure de protection  Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice  
 Habilitation familiale

## REPRESENTANT LEGAL

Nom Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

**Joindre à cette demande l'autorisation de soin, la copie de la carte vitale, de la pièce d'identité et de la carte mutuelle et l'adresser au cadre référent « handicap » : [handiparcours@ch-carcassonne.fr](mailto:handiparcours@ch-carcassonne.fr)**