



RECUEIL DE DONNEES

Motif de consultation :

Le patient a déjà consulté pour ce motif : OUI ☐

NON ☐

Spécialiste :

Date du dernier suivi :

Recueil renseigné par :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom Marital (obligatoire) :

Prénom :

Date de naissance :

NATURE DU HANDICAP

Sensoriel :

☐ Auditif

☐ Visuel

☐ Psychique

☐ déficience intellectuelle

☐ Autisme et TND

☐ Langage

☐ Polyhandicap

☐ Maladie invalidante

☐ Handicap rare

☐ Moteur

Précision :

DONNES MORPHOLOGIQUES

Date :

Poids :

Taille :

IMC :

ATCD

- Médicaux:
- Chirurgicaux :
- Familiaux :
- Obstétricaux :

ALLERGIE

OUI ☐

NON ☐

Si oui lesquelles :

PAI (projet d'accueil individualisé) : OUI ☐

NON ☐

Si oui joindre une copie et préciser dans quel cadre



TRAITEMENTS

Merci de 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 ☐ Ne communique pas
- ☐ Autres/commentaires :

COMPREHENSION

- ☐ Normale ☐ Limitée ☐ Non évaluable
- ☐ 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 ☐ Jouets ☐ Patchs anesthésiants
- ☐ Doudous ☐ Massage ☐ Traitements médicamenteux

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) :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, le patient en a déjà bénéficié :

☐ Oui ☐ Non

Si oui dans quel cadre :

Pour quels effets :

- 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 :

MEDECINS SPECIALISTES (prenant en charge le patient)

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 ce recueil de données l'autorisation de soin, la copie de la carte vitale, de la pièce d'identité et de la carte mutuelle et l'adresser au référent « handicap » : handiparcours@ch-carcassonne.fr