


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>	IDENTIFICATION DU PATIENT
<p>Photo Patient</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 20px; text-align: center; width: 150px; margin: 0 auto;"> <p><i>Photo facultative</i></p> </div>	<p>NOM</p> <p>Prénom</p> <p>Date de naissance</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal Ville</p> <p>Etablissement</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</p> <p>Avez-vous rédigé des directives anticipées ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> Patient mineur</p> <p><input type="checkbox"/> Patient majeur protégé joindre jugement</p> <p>Représentants légaux du patient (si 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>.....</p> <p>Médecins spécialistes :</p> <p>.....</p> <p>Médecin de l'établissement ou du service adresseur :</p> <p>Référent du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile :</p> <p>.....</p>
<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-5 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>Comité Handicap- chr Fiches de liaison réalisées en collaboration avec le collectif inter- associatif</p>	

NOM	Prénom	Date
Taille : Poids :		Traitements : Joindre les prescriptions Allergies Vaccinations Antécédents médicaux et chirurgicaux
Autres		
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 : jointes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 : 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 d'installations appréciées : 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 CoussinsEscarre OUI NONPorteur BMR OUI NONRègles 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 NON

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 d'installations appréciées : jointes OUI NON**9. ÉLIMINATION**Contrôle sphinctériens OUI NONConstipation habituelle OUI NONTendance aux fécalomes OUI NONTendance 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

NOM

Prénom

Date

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	Débit <input type="checkbox"/> Continu
	VNI <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>	<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		Les petits moyens pour aider à soulager la douleur :
<input type="checkbox"/> Mimiques <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Cris		<input type="checkbox"/> Musique <input type="checkbox"/> Jouets <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		

NOM

Prénom

Date

FICHE VIE QUOTIDIENNE – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Vous souhaitez compléter les informations de la fiche.

Merci de préciser la nature des informations :

Communication	Vie psychique	Locomotion	Motricité	
Etat sensoriel	Sommeil	Toilette - hygiène	Alimentation	
Elimination	Respiratoire	Épilepsie	Douleur	Autres

B FICHE RETOUR à domicile ou en institution

Fiche de préparation au retour

Fiche de retour Modifications par rapport à la fiche de préparation OUI NON

A remplir par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient si possible avant le retour du patient et à actualiser le jour de son retour et à adresser à l'équipe médicale et paramédicale du lieu de vie du patient.



Attention cette fiche ne fait pas office de compte-rendu d'hospitalisation

Date : Remplie par Nom : Qualité : Etablissement : Service : Tél :	IDENTIFICATION DU PATIENT NOM : Prénom : Date d'entrée : Date de sortie :	ETIQUETTE
--	---	------------------

ORGANISATION DU RETOUR DU PATIENT

TYPE ET MOTIF D'HOSPITALISATION

- SERVICES AIGUS (court séjour) : Motif :
 SERVICES SSR (moyen séjour) Motif :

LIEU DE RETOUR

Coordonnées :

MODALITES DE RETOUR

- Pas de changement par rapport à l'état initial
 Nécessité de l'intervention d'un assistant social Date du RV :
 Nécessité d'un aménagement du lieu de vie Précisez :
 Nécessité d'une aide supplémentaire transitoire Précisez :

Ordonnances jointes

médicaments matériels IDE Kiné HAD Autres (précisez)

Précisions ou remarques :

RENDEZ-VOUS / EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Le prochain rendez-vous

Est fixé Date : Heure :

Est à prendre dans un délai de :

Service : Médecin : Tél :

Examens complémentaires demandés pour ce rendez-vous

Prélèvements

Service le horaires :

Imagerie

Service le horaires :

Autres

Service le horaires :

BILAN A LA SORTIE

NOM

Prénom Date :

Manifestations douloureuses

Signes Localisation
Horaires Traitement

Date et heure des derniers soins

Pansement Sondage
Prise des médicaments (précisez lesquels) :

Date de changement ou pose de dispositifs spéciaux

Bouton de gastrostomie Canule de trachéo Sonde Urinaire
Perfusion Cathé Autre
Nouveau dispositif (précisez) :

BMR OUI NON Si oui, précautions particulières :

Date et heure de la dernière prise alimentaire

De quel type Régime

Date des dernières selles

Date des dernières règles

Etat cutané

Installation préconisée

de jour : de nuit :

Modes de déplacement (si différent de l'état initial) :

Appui debout OUI NON
Retournement dans le lit OUI NON Transfert (lit-fauteuil) OUI NON
Position assise OUI NON Utilisation autonome du fauteuil OUI NON

Prochains soins à faire

Pansement Ablation de fils Autres :

Matériel à la sortie si changement par rapport à l'entrée en hospitalisation

Fauteuil OUI NON Corset-siège OUI NON
Attelle OUI NON Chaussures OUI NON
Coussins OUI NON Appareil de ventilation OUI NON

Précautions et surveillance particulières à prendre

Affaires et matériel personnels apportés par le patient

Restitution conforme à l'inventaire d'entrée OUI NON si Non précisez :

Informations données à : Représentant légal : OUI NON Famille : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON accompagnant de l'établissement adresseur : OUI NON

NOM

Prénom

Date

FICHE RETOUR – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Vous souhaitez compléter les informations de la fiche.

Merci de préciser la nature des informations :