

Fiche de renseignements

HandiConsult34 pour demande de rendez-vous

Identité

Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :

Statut juridique

- Pas de mesure de protection Tutelle
 Curatelle simple Curatelle renforcée
 Sauvegarde de justice Mineur émancipé

Représentant légal

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Mail :

Allergies

.....
.....

Lieu de vie (adresse)

- Domicile :
.....
.....
 Etablissement sanitaire :
.....
 Etablissement médico-social :
.....

Consultation

- Dentaire Gynécologie
 Echographie – Radiologie
 O.R.L (Page 3* à compléter par un médecin)
Motif :
.....
 Visite blanche (découverte des lieux, des visages, du matériel, sans les soins)

Poids :

Taille :

La cause de votre handicap et les diagnostics associés

.....
.....
 Affection longue durée (ALD, prise en charge 100%) :

Handicap (plusieurs réponses possibles) :

- Moteur : Cognitif (Intellectuel)
 Polyhandicap Troubles du spectre autistique (TSA)
 Psychique Visuel Auditif
 Autres maladies chroniques :
- Diabète Pathologie cardiaque Epilepsie
 Traitement anticoagulant
 Contraceptif :

Appareillage

- Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique
 Mon fauteuil est réglable en hauteur
- Prothèse(s) : Auditive Dentaire Autre
- Respirateur Trachéotomie
- Sonde urinaire Colostomie Gastrostomie
- Autres :

Dernière consultation

- Il y a moins d'un an
 Entre 1 et 5 ans
 Entre 5 et 10 ans
 Plus de 10 ans
 Jamais
 Ne sait pas

Communication

- Orale Limitée Code ou pictogramme
 Synthèse vocale
 Langue des signes
 Autres :

Compréhension

- Normale
 Limitée Non évaluable
 Nulle

Désorientation

- Temporelle
 Spatiale
 Non évaluable

Votre régime alimentaire :

Texture solides : Normale Enrobée Hachée Mastiquée Mixée Moulinée Sans aliments à peau Sans dispersibles

Textures liquides : Normale Gélifiée Gazeux Froid Chaud

Ce que vous n'aimez pas :

Fausses route :

Personnalisation :

Ambiance sonore :

Ambiance lumineuse : Très lumineuse Modérée Tamisée

Vous apportez votre objet transitionnel (doudou...)

Prévoir sédation consciente (MEOPA)

Vos phobies :

Informations complémentaires : (Ecrivez ici les informations qui vous semble importantes et que vous souhaitez porter à notre connaissance)

.....
.....

La personne qui vous accompagne le jour de votre consultation :

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :

La personne qui a complété ce document :

Date :

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :



***ANNEXE A COMPLETER POUR UNE ORIENTATION ORL**

Médecin traitant de :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Le/...../..... à

Cher confrère(e),

Permettez-moi de vous adresser le patient susnommé, pour une consultation spécialisée Oto-rhino-laryngologique ayant pour motif :

.....
.....
.....
.....

Confraternellement

(Signature et tampon du médecin orienteur)

Partie à remplir pour tout patient devant subir un **geste endoscopique invasif** :

PATIENT NI SUSPECT, NI ATTEINT : Patient ne présentant pas de trouble neurologique, intellectuel ou psychiatrique sans diagnostic posé.

PATIENT SUSPECT OU ATTEINT : Patient présentant au moins un signe neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques d'apparition récente, évoluant sans rémission et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge (consultation, hospitalisation) neurologique, psychiatrique et/ou neurochirurgicale au cours de laquelle un diagnostic a été posé.

CONSULTATION NEUROLOGIQUE INDIQUEE EN CAS DE DOUTE :



Docteur Audrey GABELLE DELOUSTAL

Neurologue, CHU Montpellier, Pôle Neurosciences Tête et Cou

N° service : 04 67 33 73 63 ou 04 67 33 60 29

Mobile CHU : 06 65 84 94 14

Contactée le : / /

Suspicion d'ESST : Confirmée / Infirmée