

## Identité

Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

## Lieu de vie (adresse)

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

## Statut juridique

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

## Représentant légal

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

## Allergies

.....  
.....

## Consultation

Dentaire →  Contrôle/détartrage ou  Soins ou  Prothèses  
 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)

## 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  
 Etat de conscience modifié (EVC-EPR)

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 : .....  
.....

Poids : .....

Taille : .....

## 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

1/3



**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)*Statut infectieux du patient :  BMR/  BHRPartie 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