

Identité

Nom de naissance :
Nom Marital (obligatoire).....
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Date de naissance :

FICHE DE LIAISON HANDICONSULT34

Transmission des informations pour le premier rendez-vous

QUI JE SUIS ET D'OU JE VIENS

Lieu de vie (adresse)

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

La personne qui m'accompagne le jour de ma 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 :

Médecin traitant

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

Médecin coordonnateur médico-social :

Si le patient est accompagné par un **service ou un établissement médico-social**, indiquer :
Nom et adresse de l'ESMS :
.....
.....
Téléphone :
Mail :

Protection juridique

Aucune Mineur émancipé
 Curatelle simple Curatelle renforcée
 Tutelle Sauvegarde de justice

Représentant légal (mineur, tutelle)

Nom :
Prénom :
Téléphone :
Mail :

LES SOINS DONT J'AI BESOIN ET POURQUOI JE FAIS APPEL A HANDICONSULT34



CONSULTATIONS				
<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Echographie – Radiologie	<input type="checkbox"/> O.R.L : Annexe 3 à compléter par un médecin	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie
<input type="checkbox"/> Bilan/détartrage <input type="checkbox"/> Appareillage ou prothèse <input type="checkbox"/> Soins courants <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Recherche cause somatique <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Bilan global <input type="checkbox"/> Bilan diagnostic symptôme <input type="checkbox"/> Contraception orale <input type="checkbox"/> Dépistage/prévention <input type="checkbox"/> IVG médicamenteuse <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Suivi obstétrical <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Echo-doppler <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Radiographie <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie <input type="checkbox"/> Autre :	Consultation ORL seule <input type="checkbox"/> Bilan global – Dépistage <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Oreille interne <input type="checkbox"/> Conduit auditif <input type="checkbox"/> PEA sous mélatonine <input type="checkbox"/> Rhino-sinus <input type="checkbox"/> Trachéotomie - Canule <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Bilan de déglutition : Annexe 3 et 3bis spécifiques à remplir.	<input type="checkbox"/> Bilan vision <input type="checkbox"/> Renouvellement lunette/lentille <input type="checkbox"/> Bilan symptômes (douleurs, écoulements, rougeurs...) <input type="checkbox"/> Suivi pathologie ophtalmologique (Glaucome, Cataracte...) <input type="checkbox"/> Suivi pathologie à risque ophtalmologique (Diabète...) <input type="checkbox"/> Enfant 1 ^{ère} consultation <input type="checkbox"/> Enfant suivi <input type="checkbox"/> Autre

Motif de recours à HandiConsult34

Echec architectural (difficulté d'accès au lieu de soins)
 Echec matériel (inadaptation des matériels d'examen ou de soins)
 Echec des soins entrepris (réalisation incomplète des soins)
 Echec par expérience (ressenti, appréhension, renoncement aux soins)
 Refus de prise en charge (par un praticien ou un établissement)
 Autre :



Dernière consultation réalisée

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

CE QUI FAIT DE MOI UNE PERSONNE UNIQUE

Poids : Kg

Taille : cm

La cause de votre handicap et les diagnostics associés

Cause médicale et nature du handicap :

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

Catégorisation du handicap (déficience principale = ayant le plus fort retentissement dans la vie quotidienne et sociale du patient) :

Cognitif (handicaps mental, intellectuel, retard ou trouble acquis : détérioration, démence...), dont polyhandicap

Psychique (touchant le comportement et/ou de la relation avec ou sans difficultés de communication, dont Autisme, santé mentale...
(si les troubles sont à la fois psychiques et cognitifs, cocher la case "psychique")

Moteur (tétraplégies/parésies d'origine médullaires ou cérébrales, maladies neuromusculaires ou du motoneurone...)

Sensoriels visuels et/ou auditifs (si associé à déf. Intellectuelle sévère (pluri handicap), cocher "Cognitif")

Etats de conscience modifié (EPR EVC)

Autre ou inclassable, dont patient en cours de diagnostic, préciser :

Comorbidités ou traitement pouvant interférer avec les consultations / soins demandés (gestion des risques) :

Diabète

Pathologie cardiaque (risque d'endocardite)

Comitialité

Traitement anticoagulant

Biphosphanates

Immunodépression (préciser) :

Allergies :

Pas d'allergie connue

Médicamenteuse :

Alimentaire :

De contact :

Appareillage / Dispositif médical utilisé ou présent lors de la consultation

Venue en :

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Brancard

Soins à prévoir sur :

Sur table, lit ou fauteuil d'examen HC34 **après transfert** : Transfert autonome Aidé (pivot podal) Filet (lève personne)

Hors lit ou fauteuil d'examen HC34 (**pas de transfert**) : Fauteuil roulant manuel FR électrique Brancard

Dispositif médical :

Trachéotomie

Ventilation / respirateur

Sonde urinaire

Urostomie

Colostomie

Gastrostomie

Autre DM à prendre en compte :

Soins infirmiers à prévoir lors de la consultation :

MEOPA

Surveillance autre prémédication

Traitement (ex : collyre)

Autre (pansement, aspiration, autre...) :

LES ACCOMPAGNEMENTS DONT J'AI BESOIN POUR MA CONSULTATION



Personnalisation :

- Ambiance sonore :
- Ambiance lumineuse : Très lumineuse Modérée Tamisée
- Vous apportez un CD / un DVD que vous aimez entendre ou regarder
- Vous apportez un objet transitionnel (doudou...)
- Vous apportez un objet "récompense" (bonbon, autre)
- Autre ou précision :

Compréhension

- Normale Non évaluable Limitée Nulle
- Autres/commentaires (Annexe 1 et 1bis à compléter si besoin) :
.....
.....
.....

Communication (expression)

- Orale ordinaire Orale limitée ou difficile (dysarthrie)
- Synthèse vocale Code ou pictogramme
- Langues des signes Nulle ou très réduite, dont gestuelle
- Autres/commentaires (Annexe 1 & 1bis à compléter si besoin) :
.....
.....

Orientation

- Désorientation Temporelle Désorientation spatiale

Vos phobies ou à l'inverse ce qui diminue votre anxiété :

- Ce qui m'inquiète :**
-
- Ce qui me rassure :**
-

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

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

POUR ALLER PLUS LOIN : COMMUNIQUER AVEC VOUS

Annexe 1 (réalisée en partenariat avec le Centre Ressource Autisme du CHU de Montpellier)

Mode de communication	Expressive : <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Langue des signes <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Comportement	<u>Illustrer :</u>
	Réceptive : <input type="checkbox"/> Compréhension après démonstration concrète <input type="checkbox"/> Compréhension de mot/phrases/consignes simples <input type="checkbox"/> Compréhension à l'aide de photos <input type="checkbox"/> Compréhension à l'aide de pictogrammes <input type="checkbox"/> Guidance physique <input type="checkbox"/> Uniquement avec personne habituelle	<u>Recommandations du mode de communication pour le professionnel :</u>
Mode d'expression de la douleur	<input type="checkbox"/> Absence de réaction <input type="checkbox"/> Cris <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Réaction auto-vulnérante <input type="checkbox"/> hétéro-agressive <input type="checkbox"/> Stéréotypie <input type="checkbox"/> Autre	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>
Particularités sensorielles	<input type="checkbox"/> Hypo et/ou hypersensibilité <input type="checkbox"/> Instabilité du fonctionnement sensoriel <input type="checkbox"/> Recherche de sensation <input type="checkbox"/> Stimuli aversifs	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>
Temporalité	Gestion de l'attente : <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Possible avec distracteur <input type="checkbox"/> Possible sans distracteur <input type="checkbox"/> Termes à éviter à la fin de la consultation	<u>Précisions temps approximatif toléré :</u>
	Compréhension de la notion de temps : <input type="checkbox"/> Avec repère visuel <input type="checkbox"/> Compréhension verbale <input type="checkbox"/> Compréhension verbale avec repère <input type="checkbox"/> Nulle	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>



POUR ALLER PLUS LOIN : ENTRER EN RELATION AVEC VOUS

Annexe 2 (réalisée en partenariat avec le Centre Ressource Autisme du CHU de Montpellier)

Intérêts restreints	Préciser :
Objet(s) rassurant(s) ou distrayant(s)	Préciser :
Objets/ situations spécifiques qui ne sont pas supportées	Préciser :
Comportement à éviter par le professionnel	Préciser :
Système de récompense si nécessaire	Préciser :

Ressources pour préparer la consultation :

- Les fiches santé BD téléchargeables sur <https://santebd.org/>
- La visite virtuelle sur <https://handiconsult34.fr>
- Prêt de matériel pour l'habitué aux soins (ex : masque pour le MEOPA, etc.) : nous demander



ANNEXE 3 : A COMPLETER PAR UN MEDECIN POUR UNE CONSULTATION ORL

Avec geste invasif endoscopique (fibroscopie) : Gestion du risque Prion (Creutzfeldt-Jacob)

Patient-e concerné.e :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

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

Cher confrère(e),

Le/...../..... à

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

.....

Confraternellement

(Signature et tampon du médecin orienteur)

Statut infectieux du patient : BMR/ BHR

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 **Tél :** 04 67 33 73 63 ou 60 29 — **Mobile CHU :** 06 65 84 94 14

Contactée le : / /

Suspicion d'ESST : Confirmée / Infirmée



ANNEXE 3bis : A REMPLIR POUR UN BILAN DE DEGLUTITION

Orthophoniste + médecin ORL – **NB** : faire remplir également l'annexe 3 par un médecin

Pour la réalisation d'un bilan approfondi de déglutition, merci de remplir la présente annexe et de transmettre ou d'apporter les éléments suivants :

1) Document à transmettre (autant que possible par messagerie sécurisée Médimail ou MSS au médecin coordonnateur de HandiConsult34 : m.delcey@propara.fr), à défaut à apporter lors de la consultation :

- **Les derniers comptes rendus médicaux** (d'hospitalisation et /ou de consultation) **ORL, de neurologie, gastro-entérologie et pneumologie** ;
- **Le dernier compte rendu de bilan déglutition réalisé le cas échéant** (Bilan orthophonique, consultation ORL spécialisée...). **Préciser les coordonnées de l'orthophoniste ou de l'ORL** ayant réalisé le dernier bilan :
- **Votre traitement actuel** (dernière ordonnance en cours) ;

2) Les matériels et aides techniques dont vous vous servez pour la prise des repas / des boissons : merci de les indiquer ci-dessous dans l'encadré correspondant et de venir avec ces matériels le jour de la consultation pour que l'évaluation se fasse dans les conditions les plus habituelles pour vous.

3) Si vous avez des difficultés de communication (physiques, sensorielles, cognitives, relationnelles), **il est essentiel** pour que le bilan réponde à la demande **que vous soyez accompagné-e par un aidant qui connaisse bien vos habitudes alimentaires** et la façon dont sont organisées vos prises de repas.

Préciser le plus possible le motif du bilan de déglutition et ce qui a déjà été fait (bilan orthophonique, consultation ORL...) :

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

Evictions (aliments retirés de votre alimentation) :

Aversions (ce que vous n'aimez pas) :

Votre régime alimentaire (pour la consultation ORL-Déglutition)

Troubles de la déglutition aux solides, texture :

Normale Tendre Molle Hachée

Mastiquée Mixée/lisse Enrobée

Autre, préciser :

Troubles de la déglutition aux liquides, adaptation des boissons :

Normale Épaissi Gélifié

Gazeuses Froides Chaudes