**FICHE DE LIAISON HANDICONSULT34**

*Transmission des informations pour le premier rendez-vous*

**Identité**

Nom de naissance :

Nom Marital (obligatoire) :

Prénom : Martine

Sexe : 🞎 Féminin 🞎 Masculin

Date de naissance : 22525/04/1960………………………………………….

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 (si différente) :**

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 du médecin : Dr

Mail :

Téléphone :

Nom et code postal de l'ESMS :

**Protection juridique**

🞎 Aucune 🞎 Mineur émancipé

🞎 Curatelle simple 🞎 Curatelle renforcée

🞎 Tutelle🞎 Sauvegarde de justice

**Représentant légal** (mineur, tutelle)

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

**Personnalisation**

🞎 Ambiance sonore : …………………………………………………………………………………….

Ambiance lumineuse : 🞎 Très lumineuse 🞎 Modérée 🞎 Tamisée

**Document complété par :**

Nom : ………………………………………………………… Prénom : ………………………………………..

Intervient en tant que : ………………………………...........................................................

Structure : ……………………………………………………………………………………………………………

Téléphone : ……………………………………… Mail : ……………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **🞎 Dentaire** | **🞎 Gynécologie** | **🞎 Echographie – Radiologie** | **🞎 O.R.L : Annexe 1 à compléter par un médecin** | **🞎 Ophtalmologie** |
| 🞎 Bilan/détartrage  🞎 Appareillage ou prothèse  🞎 Soins courants  🞎 Douleur  🞎 Extraction  🞎 Recherche cause somatique  🞎 Autre : | 🞎 Bilan global  🞎 Bilan diagnostic symptôme  🞎 Contraception orale  🞎 Dépistage- prévention  🞎 IVG médicamenteuse  🞎 Implant  🞎 Stérilet  🞎 Suivi obstétrical  🞎 Autre : | 🞎 Echo-doppler  🞎 Echographie  🞎 Radiographie  🞎 Ostéo-densitométrie  🞎 Autre :  **Imagerie : préciser les points suivants** (document à part) :  - Motif médical précis  - Contexte clinique  - Antécédents liés à la demande  - Toute info utile | **Consultation ORL seule**  🞎 Bilan global – Dépistage  🞎 Audition  🞎 Oreille interne  🞎 Conduit auditif  🞎 PEA sous mélatonine  🞎 Rhino-sinus  🞎 Trachéotomie - Canule  🞎 Autre : | 🞎 Bilan vision  🞎 Renouvellement lunette/lentille  🞎 Bilan symptômes (douleurs, écoulements, rougeurs…)  🞎 Suivi pathologie ophtalmologique (Glaucome, Cataracte…)  🞎 Suivi pathologie à risque ophtalmologique (Diabète…)  🞎 Enfant 1ère consultation  🞎 Enfant suivi  🞎 Autre |
| **🞎 Bilans somatiques**  (pédiatrie, médecine générale) | **🞎 Bilan de déglutition :**  **Annexe 1 et 1bis spécifiques à remplir.** |
| 🞎 Evaluation / diagnostic cause de modifications comportementales  🞎 Bilan ou suivi santé  🞎 Examen paraclinique (BS, ECG…) |

**🞎** Dans un premier temps, **je souhaite réaliser une** **visite blanche** afin de découvrir juste les lieux, les locaux, les installations…

**🞎** Dans un premier temps, **je souhaite réaliser une** **consultation d'habituation aux soins avec le praticien** pour découvrir les matériels, simuler les soins, …

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

**Motif principal de recours à HandiConsult34**

🞎 Echec architectural (difficulté d’accès au lieu de soins) 🞎 Inadaptation des matériels d’examen / de soins

🞎 Aide humaine nécessaire non disponible pour l'accompagnement aux soins (ex : pour les transferts)

🞎 Echec des soins entrepris (réalisation incomplète)

🞎 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

**La cause de votre handicap et les diagnostics associés**

**Cause médicale et nature du handicap** **(préciser)** :

**Type de handicap (déficience principale = ayant le plus fort retentissement** dans la vie quotidienne et sociale pour vous/ vos proches) **:**

🞎 **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 (épilepsie)

🞎 Traitement anticoagulant 🞎 Traitement par biphosphanates 🞎 Immunodépression (préciser) :

**Allergies :**  🞎 Pas d'allergie connue 🞎 Médicamenteuse :

(préciser à quoi) 🞎 Alimentaire : 🞎 De contact :

**CE QUI FAIT DE MOI UNE PERSONNE UNIQUE**

**Poids :**  Kg

**Taille :**  cm

**Appareillage / Dispositif médical utilisé ou présent lors de la consultation**

**Vous viendrez à HandiConsult34 en :** 🞎 Fauteuil roulant manuel 🞎 Fauteuil roulant électrique 🞎 Brancard / lit médical

**Les soins / les examens médicaux pourront être faits :**

🞎 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 ou soins à prendre en compte (pansement, aspiration, autre) :

**Prémédication** (médicament pris avant de venir pour les soins / la consultation) : 🞏 Non 🞏 Oui, préciser :

**Utilisation du MEOPA à prévoir ?** 🞏 Non 🞏 **Oui, préciser** : 🞏 Vous avez déjà utilisé le MEOPA, quand et pourquoi :

🞏 **Vous ne présentez aucune des contre-indications suivantes** au MEOPA (à vérifier avec votre médecin au besoin) : Hypertension intracrânienne, traumatisme crânien très récent, oxygénothérapie haut débit, coma (EVC-EPR), carence en vitamine B12, symptômes neurologiques récents inexpliqué, traitement récent par un gaz ophtalmique (chirurgie oculaire), pneumothorax, emphysème, embolie gazeuse ou accident de plongée récent…

**Informations complémentaires utiles** (termes, attitudes facilitatrices ou à éviter, etc.) **:**

**Ressources** pour préparer la consultation : **Les fiches santé BD** téléchargeables sur <https://santebd.org> ; **Visite virtuelle** sur <https://handiconsult34.fr>; **Prêt de matériel pour l'habituation aux soins** (ex : masque pour le MEOPA, etc.) : nous demander

**Particularités sensorielles**

🞎 Hypo sensorialité 🞏 Hyper sensorialité

Si oui, à quoi :

🞎 Ambiance sonore :

🞎 Ambiance lumineuse : 🞎 Très lumineuse 🞎 Modérée 🞎 Tamisée

**Temporalité**

**Gestion de l'attente** : 🞏 Impossible 🞏 possible si/ avec :

**Compréhension de la notion de temps** : 🞏 Oui 🞏 Aidée par repère visuel ou autre, préciser :

**Ce qui majore ou apaise votre anxiété** (attitudes, objets, autres…)

**Ce qui m'inquiète**, ce que je ne supporte pas :

**Ce qui me rassure :**

**Intérêts restreints ?** Préciser :

**Vous pouvez apporter ce qui peut vous aider – faciliter vos soins**

🞎 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 (ex : distracteur) :

**Mode de transfert :**

🞎 Autonome

🞎 Avec aide humaine (pivot)

🞎 Avec aide matériel (🞎 Filet / 🞎 Planche)

**Expression de la douleur**

🞎 Ordinaire (peut exprimer et localiser)

🞏 Auto-agressivité 🞏 Autre, préciser :

**Communication**

**Expression :** 🞎 Verbale 🞎 Non verbale : 🞏 Pictos, photos…

🞎 Non verbale autre :

**Compréhension :** 🞎 Verbale 🞎 Non verbale : 🞏 Pictos, photos…

🞎 Non verbale autre :

(Annexe 1 à compléter si besoin) :

**L'ACCOMPAGNEMENT / LA PERSONNALISATION DONT J’AI BESOIN**

**ANNEXE 1 : 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 confrèr(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 Neuroscience 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 1bis : A REMPLIR POUR UN BILAN DE DEGLUTITION**

**Orthophoniste + médecin ORL – NB : faire remplir également l'annexe 1 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 sécurisé Médimail ou MSS au médecin coordonnateur de HandiConsult34 : [m.delcey@propara.fr](mailto: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.

**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 🞎 Epaissi 🞎 Gélifié

🞎 Gazeuses 🞎 Froides 🞎 Chaudes

**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) : ……………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………