

Identité

Nom de naissance :
Nom Marital (obligatoire) :
Prénom : Martine
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 (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 :

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

<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Echographie – Radiologie	<input type="checkbox"/> O.R.L : Annexe 1 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"/> Ostéo-densitométrie <input type="checkbox"/> 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 <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 1 et 1bis 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
<input type="checkbox"/> Bilans somatiques (pédiatrie, médecine générale)				
<input type="checkbox"/> Evaluation / diagnostic cause de modifications comportementales <input type="checkbox"/> Bilan ou suivi santé <input type="checkbox"/> Examen paraclinique (BS, ECG...)				
<input type="checkbox"/> Dans un premier temps, je souhaite réaliser une visite blanche afin de découvrir juste les lieux, les locaux, les installations...				
<input type="checkbox"/> Dans un premier temps, je souhaite réaliser une consultation d'habitation aux soins avec le praticien pour découvrir les matériels, simuler les soins, ...				

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

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 (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 :

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 inexplicé, traitement récent par un gaz ophtalmique (chirurgie oculaire), pneumothorax, emphysème, embolie gazeuse ou accident de plongée récent...

L'ACCOMPAGNEMENT / LA PERSONNALISATION DONT J'AI BESOIN

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) :

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 :

Communication

- Expression :** Verbale Non verbale : Pictos, photos...
 Non verbale autre :
- Compréhension :** Verbale Non verbale : Pictos, photos...
 Non verbale autre :

Expression de la douleur

- Ordinaire (peut exprimer et localiser)
- Auto-agressivité Autre, préciser :

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 :

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'habituement aux soins** (ex : masque pour le MEOPA, etc.) : nous demander

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 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 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 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