

FICHE DE LIAISON DOMICILE - HOPITAL POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES

Date :

Fiche remplie par :

Ce document de liaison accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers et assure le suivi et la continuité de la vie quotidienne.

Cette fiche a pour objectif l'amélioration de la prise en charge de la personne handicapée :

- Faciliter l'hospitalisation : bien connaître dès l'arrivée à l'hôpital les besoins spécifiques pour anticiper les moyens techniques ou humains à mettre en œuvre.
- Identifier les différents acteurs ou référents intervenant dans la prise en charge de la personne.

Type de handicap : moteur, psychique, mental, sensoriel : Audition
 Vision
 Parole

IDENTIFICATION

NOM Prénom

NOM de jeune fille pour les femmes mariées

Date de naissance

Adresse

.....

Numéro de téléphone

Personne(s) à contacter :

1) Nom – prénom

Adresse

Téléphone

Lien

2) Nom – prénom

Adresse

Téléphone

Lien

Personne de confiance :

Nom – prénom

Adresse

Téléphone

Lien

ENVIRONNEMENT FAMILIAL OU AUTRE :

Présence quotidienne de la famille : de jour de nuit

Personne sous tutelle : oui non

Personne sous curatelle : oui non

Si oui, indiquer :

Nom – prénom du tuteur ou curateur

Adresse

Téléphone

REFERENTS préciser le nom et les coordonnées téléphoniques

- Médecin traitant
- Médecins spécialistes
- Infirmier(e)
- Kinésithérapeute.....
- Maintien à domicile (association ou personne)
- Autre(s)
- Etablissement médico-social (si la personne réside en établissement).....
-
- Médecin coordonnateur ou médecin référent de l'établissement où réside la personne
-

Transport aménagé. Si oui préciser le ou les transporteur(s) sanitaire(s) habituel(s) :
.....

TRAITEMENTS => Joindre la ou les ordonnances en cours

Allergie

Intolérance

BESOINS DE LA PERSONNE

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
MOBILITE – TRANSFERT- DEPLACEMENT			
	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale	
Passer du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé, <input type="checkbox"/> Potence, <input type="checkbox"/> Lève malade <u>Posture</u> Durée Rythme des postures <u>Chaise</u> : <input type="checkbox"/> normale, <input type="checkbox"/> spéciale <input type="checkbox"/> Canne, <input type="checkbox"/> Déambulateur, <input type="checkbox"/> Flèche <input type="checkbox"/> Véhicule adapté <u>Fauteuil roulant</u> : <input type="checkbox"/> manuel, <input type="checkbox"/> déplacement à l'aide des pieds, <input type="checkbox"/> électrique Possibilité de transférer le fauteuil à l'hôpital : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Appareillage</u> : à préciser Qui assure l'installation ? Horaire d'installation : Durée de l'appareillage : <u>Autre</u> :
Passer du fauteuil au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passer du fauteuil à une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passer du fauteuil au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se relever de la position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monter des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Propulser un fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareillage des membres et/ou du corps	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique Utilisés au quotidien	
COMMUNICATION/ RELATIONS				
	OUI	NON		
Peut parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Utilise :</u>	
Difficulté de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> un code (pictogramme)	
Difficulté d'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> un tableau alphabétique	
Peut lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> une commande vocale à distance	
Peut écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> une synthèse vocale	
Peut lire sur les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ordinateur	
Utilise le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SMS	
Difficulté de communication avec l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tourne page, <input type="checkbox"/> Pupitre,	
Difficultés particulières dans la relation avec l'autre (contact, toucher...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Téléphone main libre, <input type="checkbox"/> Autre :	
			Remarques, précisions :	
			
			
ALIMENTATION				
	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale		
Préparation des aliments (couper, éplucher, ouvrir un pot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verre adapté, <input type="checkbox"/> couvert adapté,	
Prise de repas : manger/ boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assiette adaptée	
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Risque de fausse route :</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Régime : <input type="checkbox"/> mixé, <input type="checkbox"/> haché, <input type="checkbox"/> diabétique, <input type="checkbox"/> sans sel, <input type="checkbox"/> autre :			Allergie(s) alimentaire(s) :	
Position particulière pour le repas :			Dégoûts pour certains aliments, lesquels :	
			<u>Sonde :</u>	
			<input type="checkbox"/> gastrique, <input type="checkbox"/> jéjunostomie, <input type="checkbox"/> gastrostomie	
			Type de sonde	
			N° sonde /___/	
			<input type="checkbox"/> par nutripompe, <input type="checkbox"/> par gravité,	
			Joindre la prescription pour les quantités, débits et horaires.	
			Autre :	
TOILETTE-HYGIENE				
	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale		
Soins d'apparence : visage, dents, coiffure, rasage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Salle de bain adaptée, <input type="checkbox"/> Chariot douche	
Toilette du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade	
Habillage - déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasage : <input type="checkbox"/> électrique, <input type="checkbox"/> mécanique	
Toilette habituelle : <input type="checkbox"/> bain <input type="checkbox"/> douche <input type="checkbox"/> lavabo			<u>Soins spécifiques (dont pansements) :</u>	
			
			
			<u>Escarres :</u>	
			<input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> Coussins	

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
ELIMINATION			
	OUI	NON	
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> WC adaptés, <input type="checkbox"/> Poche anus artificiel
Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Existence d'un programme de rééducation urinaire :</u>
Constipation chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Protection :</u> <input type="checkbox"/> de jour, <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/> protection, <input type="checkbox"/> change complet
Aide pour uriner ou pour aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Sonde :</u> <input type="checkbox"/> sonde à demeure, <input type="checkbox"/> sondage itératif, <input type="checkbox"/> auto sondage, <input type="checkbox"/> urétrostomie N° de la sonde /_/ / date de pose /_____/
Protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien, <input type="checkbox"/> Etui pénien <u>Autre :</u>
SOMMEIL			
	OUI	NON	
Difficulté de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> besoin de protection (barrières de lit...) Préciser :
Changements de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rites particuliers pour le sommeil :
Position de sommeil :			<u>Autre :</u>

Éléments complémentaires à renseigner si nécessaire.

LA DOULEUR
Moyens d'expression et de soulagement de la douleur : Attitudes qui expriment la douleur : Les « petits moyens » qui peuvent aider à soulager la douleur : Les gestes ou attitudes à éviter : Traitements médicamenteux ou autre auxquels la personne est particulièrement sensible (positionnement, massages..) : Quels sont les signes d'apaisement : Douleurs récurrentes ou chroniques :

RESPIRATION	Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
<p>Difficultés à respirer : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Trachéotomie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si trachéotomie :</p> <p><input type="checkbox"/> aspiration avec aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> aspiration avec aide totale</p>	<p><input type="checkbox"/> Oxygène (O2) débit :</p> <p><input type="checkbox"/> Respirateur :</p> <p><input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> permanent</p> <p>réglages</p> <p>horaires</p> <p><input type="checkbox"/> Secours électrique en cas de coupure</p> <p>Si oui, durée de fonctionnement de la batterie de secours :</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirateur</p> <p>Canule : type</p> <p>N° /___/ Rythme de changement /___/</p>
ETAT SENSORIEL	
<p>Audition : <input type="checkbox"/> Surdité totale <input type="checkbox"/> Surdité partielle</p> <p>Vision : <input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Amblyope</p> <p>Autre :</p>	<p>Audition :</p> <p><input type="checkbox"/> Appareillage droit, <input type="checkbox"/> Appareillage gauche,</p> <p><input type="checkbox"/> Appareillage total</p> <p>Vision :</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes, <input type="checkbox"/> Lentilles de contact,</p> <p><input type="checkbox"/> Aide technique (précisez) :</p> <p>.....</p> <p>Description :</p> <p>.....</p>
RAIDEUR OU MOUVEMENTS ANORMAUX	
<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Description :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Très gênant <input type="checkbox"/> Gênant <input type="checkbox"/> Modéré</p>	<p><input type="checkbox"/> Pompe lior�sal</p> <p><input type="checkbox"/> Installation particulière :</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Technique particulière de décontraction :</p> <p>.....</p>

ACTIVITES, LOISIRS, DISTRACTIONS :

.....

.....

.....

.....

REMARQUES :

.....

.....

.....

.....

Les rédacteurs de cette fiche se sont inspirés du document « Fiche de liaison vie quotidienne des adultes et enfants handicapés dépendants » réalisé par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Mentions légales :

- Loi n  78-17 du 6 janvier 1978 dite FOYER relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n  2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n  2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n  78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.