FICHE DE LIAISON HANDIMED 86

Transmission des informations pour le premier rendez-vous

handimed86@chu-poitiers.fr

Site de Châtellerault

IDENTITÉ

Nom de naissance : ……

Nom d'usage : …… Prénom : ……

Sexe : …… Date de naissance : ……

Lieu de vie *(Noter l'adresse + numéro de téléphone)* :

☐ Domicile : ……

☐ Etablissement sanitaire : ……

☐ Etablissement médico-social : ……

ALD ☐

MEDECIN TRAITANT

Nom : …… Prénom : ……

Adresse : ……

Téléphone : …… Mail : ……

PERSONNE QUI COMPLETE LE DOCUMENT

Date : …/……/……

Nom : …… Prénom : ……

Intervient en tant que (qualité) : ……

Structure : ……

Téléphone : …… Mail : ……

MEDECIN COORDONNATEUR MEDICO-SOCIAL

Si le patient est accompagné par un service ou un établissement médico-social :

Nom : …… Prénom : ……

Téléphone : …… Mail : ……

Nom et adresse postal de l'ESMS :

……

……

PROTECTION JURIDIQUE

☐ Aucune
☐ Mineur émancipé
☐ Curatelle simple
☐ Curatelle renforcée
☐ Tutelle
☐ Sauvegarde de justice

REPRESENTANT LEGAL (mineur, tuteur, tutelle) :

Nom : ……..... Prénom : …….

Téléphone : …… Mail : ……

INFORMATION DU PATIENT :

☐ Information délivrée au patient
☐ Information non délivrée

Dans la négative, motif : ……

CONSENTEMENT DU PATIENT :

☐ Consentement recherché
☐ Consentement non recherché

Dans la négative, motif : ……

☐ Consentement recueilli
☐ Consentement non recueilli

Dans la négative, motif : ……

☐ Assistance du tuteur requise par le patient
☐ Assistance du tuteur non requise par le patient

Fait le …/…/….

Signature du médecin :

CE QUI FAIT DE MOI UNE PERSONNE UNIQUE

Taille : ……kg Poids : ……cm

CAUSE DE VOTRE HANDICAP ET DIAGNOPSTICS ASSOCIES :

- *Nature du handicap (préciser) :*

☐ Handicap sensoriel (visuel/auditif)
☐ Handicap rare
☐ Handicap psychique
☐ Handicap moteur
☐ Déficience intellectuelle
☐ Polyhandicap
☐ Autisme TND
☐ Troubles des apprentissages
☐ Maladie Neurodégénérative
☐ Personne âgée

- *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…)
☐ Moteur (tétraplégies/parésies d'origine médullaires ou cérébrales, maladies neuro musculaires ou du motoneurone…)
☐ Sensoriels visuels et/ou auditifs
☐ États 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) :*

Allergies : ☐ Oui ☐ Non
Si oui : ……
Antécédents familiaux :
……
……
Antécédents chirurgicaux :
……
……
Antécédents médicaux :
……
……
Traitements en cours :
……
……

Motif principal de consultation :

……
……

APPAREILLAGE / DISPOSITIF MEDICAL UTILISE OU PRESENT LORS DE LA CONSULTATION :

- ***Vous viendrez à l'Hôpital 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 après transfert : ☐ Transfert autonome
☐ Aidé (pivot)
☐ Filet (lève personne)

➢ ***Dispositifs médicaux :***

☐ Trachéotomie ☐ Ventilation / respirateur
☐ Sonde urinaire ☐ Urostomie
☐ Colostomie ☐ Gastrostomie
☐ Autres dispositifs médicaux 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 (A vérifier avec votre médecin au besoin) :

☐ Hypertension intracrânienne ☐ Traitement récent par un gaz ophtalmique (chirurgie oculaire)
☐ Traumatisme crânien très récent ☐ Pneumothorax
☐ Carence en vitamine B12 ☐ Emphysème
☐ Symptômes neurologiques récents inexpliqué ☐ Oxygénothérapie haut débit, coma (EVC-EPR)
☐ Embolie gazeuse ou accident de plongée récent

LES SOINS A PREVOIR EN PRESENTIEL

Dans un premier temps, je souhaite réaliser une visite blanche afin de découvrir juste les lieux, les locaux, les installations, une consultation d'habituation aux soins avec le praticien pour découvrir le matériel, simuler les soins.

➢ ***Bilans somatiques : (pédiatrie, médecine générale) :***

☐ Evaluation / diagnostic cause de modifications comportementales
☐ Bilan ou suivi santé
☐ Examen paracliniques :

- Bilan sanguin
- Électrocardiogramme
- Bilan de déglutition

➢ ***Échographie-Radiologie :***

☐ Echographie ☐ IRM ☐ Scanner
☐ Radiologie ☐ Mammographie

➢ ***Consultations spécialisées :***

☐ Diététique ☐ Dermatologie ☐ Ophtalmologie
☐ Cardiologie ☐ Pneumologie ☐ Neurologie : Bilan ECG
☐ Urologie ☐ Gastroentérologie ☐ ORL

➢ ***Gynécologie :***

☐ Bilan global ☐ Bilan diagnostic symptôme ☐ Contraception orale
☐ Dépistage-prévention ☐ IVG médicamenteuse Implant ☐ Stérilet
☐ Suivi Obstétrical

➢ ***Dentaire :***

☐ Bilan/suivi/détartrage ☐ Soins courant ☐ Extraction
☐ Douleur ☐ Recherche de cause somatique
☐ Autre : ……

LES SOINS A PREVOIR EN DISTANCIEL

☐ Télé-expertise ☐ Téléconsultation

MOTIF PRINCIPAL DE RECOURS AUX CONSULTATIONS HANDIMED 86

☐ Échec 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)
☐ Échec des soins entrepris (réalisation incomplète)
☐ Échec par expérience (ressenti, appréhension, renoncement aux soins)
☐ Refus de prise en charge (par un praticien ou un établissement)
☐ Autre : ……

DERNIERE CONSULTATION REALISEE

☐ 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

L'ACCOMPAGNEMENT / LA PERSONNALISATION NECESSAIRE

➢ ***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

  ☐ Hétéro-agressivité

  ☐ Autre, préciser : ……

- ***Particularités sensorielles :***

  ☐ Hypo sensorialité

  ☐ Hyper sensorialité

  Si oui, à quoi : ☐ Ambiance sonore

  ☐ Ambiance lumineuse : ☐ Très lumineuse ☐ Modérée ☐ Tamisée

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 :

……

……

- ***Temporalité :***

Gestion de l'attente :

☐ Impossible

☐ Possible si/ avec : ……

Compréhension de la notion de temps :

☐ Oui

☐ Aidée par repère visuel ou autre, préciser

☐ TIMER consultation

DOCUMENTS A JOINDRE A LA FICHE DE LIAISON

- Formulaire de déclaration de consentement libre et éclairé du patient - Autorisation pour les consultations et actes de sédation Niveau 1 signé (ci-dessous ou HAND-EN-005)
- Joindre la copie de la carte VITALE, copie de la mutuelle, et copie de la Pièce d'identité et justificatif de domicile
- Courrier du médecin traitant (si en votre possession) ou chirurgien-dentiste.
- Vaccinations (joindre carnet)
- Derniers comptes-rendus médicaux en lien avec le suivi médical lié ou non au handicap.
- Traitement en cours (ordonnances Médecin généraliste + spécialité + deux dernières ordonnances).
- Dernier bilan biologique.
- 7 jours de menus complétés sur le semainier (ci-dessous ou HAND-EN-008)
- Derniers clichés radiologiques (si vous en avez)
- Pour les consultations gynécologiques : Pour un frottis cervico-vaginal, ne pas venir si présence de règles le jour du rendez-vous (Dans ce cas précis, merci de prévenir le secrétariat afin de fixer un autre rendez-vous).

Tout dossier incomplet se verra refusé.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES UTILES

Termes, attitudes facilitatrices ou à éviter, etc. :

……
……
……
……

Ressources pour préparer la consultation :

Les fiches santé BD téléchargeables sur https://santebd.org

Mon semainier diététique

REPAS/HEURE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
Matin							
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soir							
Soirée							

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
AUTORISATION POUR LES CONSULTATIONS ET ACTES DE SEDATION

Vu les articles L1111-2, L1111-4, R4127-42 du code de la santé publique, vu la fiche de liaison handimed86 datée et signée, vu l'absence de consentement éclairé du patient, majeur protégé :

Nom : ……

Prénom : ……

Né(e) le ……. À
……..……

Je soussigné(e)
……

……

Agissant en qualité de personne en charge d'une mission de représentation relative à la personne (ci-après « le tuteur ») concernant le patient dans l'incapacité d'exprimer un consentement éclairé.

- ☐ Autorise
- ☐ Refuse

L'examen médical d'exploration mis en place pour évaluer l'état de santé du patient, les pathologies, les actes, interventions et traitements envisagés, les risques inhérents à ces différents actes, interventions et traitements.

L'examen médical peut faire appel à des sédations graduées suivant les informations transmises au verso du document, de sorte qu'il se réalise dans le respect de l'intégrité de la personne.

Au cours de l'examen, j'autorise les actes qui suivent s'ils s'avèrent nécessaires :

- ☐ Un détartrage,
- ☐ Des actes de biologie,
- ☐ Des actes d'imagerie,
- ☐ Un électrocardiogramme

En cas d'intervention chirurgicale ou pour tout acte autre que ceux autorisés ci-dessus une nouvelle recherche du consentement devra être effectuée (Consentement pour les actes invasifs).

Fait à……le……. Signature du tuteur

Note d'information sur les risques liés aux interventions pouvant être réalisé au cours de la première consultation :

- **Extractions dentaires : risques chirurgicaux**

1) Paresthésie labio-mentonnière et/ou linguale temporaire ou permanente : perte de sensibilité de la lèvre, du menton et/ou de la langue pouvant s'estomper avec le temps ou pouvant persister de façon permanente.

2) Dysesthésie labio-mentonnière et/ou linguale temporaire ou permanente : perception différente des sensations pouvant résulter en de la douleur ou de l'inconfort au niveau de la lèvre, du menton et/ou de la langue.

3) Alvéolite : douleur vive causée par la perte prématurée du caillot sanguin assurant la guérison. L'incidence de ce risque est de 1 à 5%.

4) Infection

5) Trismus : difficulté à ouvrir la bouche.

- **Réalisation d'actes de biologie :**

La prise de sang est un examen médical qui consiste à prélever un échantillon de sang, généralement dans une veine du bras.

La prise de sang fournit des informations essentielles sur votre état de santé. Elle est souvent prescrite pour :

- Diagnostiquer ou confirmer une maladie, qu'elle soit aiguë ou chronique.
- Évaluer l'efficacité d'un traitement médicamenteux à long terme.
- Effectuer un bilan de santé général.
- Réaliser un dépistage.

Il est souvent nécessaire d'être à jeun avant une prise de sang. Cela signifie ne rien manger ni boire, excepté de l'eau, pendant les douze heures précédant le prélèvement. Vous serez installé(e) en position assise ou allongée dans une petite salle. Une infirmière pose un garrot, prélève le sang avec une aiguille et remplit un ou plusieurs tubes selon les analyses à effectue. Un pansement compressif est appliqué. La procédure est rapide (quelques minutes) et peu douloureuse. Un patch antidouleur ou une crème anesthésiante peut être appliqué avant le prélèvement.

- **Risques liés à la réalisation d'un ECG (Électrocardiogramme)**

La réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) est une procédure courante et non invasive utilisée pour mesurer l'activité électrique du cœur. Bien que l'ECG soit généralement sûr, il existe quelques risques mineurs et considérations à prendre en compte : irritation de la peau, inconfort lors du retrait des électrodes, anxiété

- **Réalisation d'un scanner**

Un scanner est un examen médical qui utilise des rayons X pour produire des images en coupe du corps humain. Il fournit des informations cruciales pour un diagnostic précis.

Déroulement de l'examen :

Vous serez allongé sur un lit qui se déplace dans un anneau. L'examen dure environ 15 minutes. Vous pourriez recevoir une injection intraveineuse. Des produits iodés peuvent être utilisés. Ils sont généralement bien tolérés, mais peuvent parfois provoquer une sensation de chaleur.

Risques et précautions :

- **Risques mineurs** : Petits hématomes ou fuites du produit sous la peau.
- **Réactions allergiques** : Possible intolérance au produit iodé, surtout si vous avez des antécédents allergiques. Ces réactions sont généralement bénignes.
- **Risques rares** : Complications graves sont très rares.

- **MEOPA**

Contre-indications :

- Patient ventilé sous O2 pur

- Traumatisme crânien

- Traumatisme facial

- Pneumothorax

- Bulles d'emphysème 02 nécessitant

- Embolie gazeuse

- Accident de décompression (plongée)

- Chirurgie récente de l'oreille moyenne, interne et chirurgie des sinus

- Gaz ophtalmique (inf. à 3 mois)

- Anomalies neurologiques récentes

- Altération de l'état de conscience

Effets secondaires :

- Nausées

- Vomissements

- Vertiges

- Hallucinations

- Céphalées

- Otalgie aigue sio obstruction de la trompe d'Eustache

- **MIDAZOLAM**

  Contre-indications :

  - Hypersensibilité aux benzodiazépines

  - Myasthénie grave

  - Insuffisante respiratoire sévère

  - Syndrome d'Apnée du sommeil

  - Insuffisance hépatique sévère

  Effets secondaires :

  - Tachycardie / Bradycardie

  - Réactions psychiatriques paradoxales (agitation, hallucinations …)

  - Sédation

  - Diplopie

  - Désaturation

  - Nausées / vomissements

  - Réaction allergique de type urticarienne