

# FICHE DE LIAISON

## HÔPITAL / PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou le représentant légal et/ou la structure d'accueil.  
À remettre à l'équipe soignante avant l'hospitalisation.

Date :	Remplie par :	Fonction :
--------	---------------	------------

### IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Handicap : .....

N° sécurité sociale : ..... Téléphone : .....

Adresse du patient : .....

Représentant légal de la personne :  famille  tuteur  curateur

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Personne de confiance :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

### Environnement familial en cas d'hospitalisation :

*L'accompagnement familial ou professionnel de la personne pourra être présent tout au long de son parcours de soins. Cette disposition sera validée par le médecin responsable.*

Présence souhaitée par la famille : Jour :  oui  non Nuit :  oui  non

Participation au repas souhaitée par la famille : Midi :  oui  non Soir :  oui  non

### Traitements :

Traitement ponctuel et/ou permanent : **joindre une copie de l'ordonnance**

Allergie(s), contre-indication(s) : .....

Risques spécifiques (épilepsie...) : .....

Autorisation d'opérer si l'état de la personne le nécessite

### COMMUNICATION

Verbale  Non verbale  langage des signes

Difficultés d'élocution

Utilise un support de communication, précisez : .....

Fiabilité du oui/non :  oui  non

Remarques :

### ÉTAT SENSORIEL

Malvoyant

Malentendant

Non voyant

Sourd

Port de lunettes

Sourd et muet

Port de lentilles

Port d'appareillage auditif :  droit  gauche

Utilisation d'une canne blanche

Autre, précisez : .....

Utilisation d'une aide technique, précisez : .....

Remarques, recommandations :

## HYGIÈNE

- Toilette réalisée seul(e)  toilette complète par un tiers  
 Toilette réalisée avec aide, précisez : .....
- Transit normal :  oui  non, précisez : .....
- Date des dernières selles : .....

Remarques :

## VIE PSYCHIQUE / ÉTAT HABITUEL

- Participation  Risque de fugue  
 Agitation  Auto-agressivité  
 Replié sur lui-même  Hétéro-agressivité  
 Déficience intellectuelle  Existence d'un objet transitionnel
- Contention :  possible  à proscrire

Remarques :

## MOTRICITÉ / DÉPLACEMENTS / TRANSFERTS

### Nécessité d'une aide pour :

- Les déplacements, précisez :  
 Aide humaine  Canne  Déambulateur  Fauteuil roulant  
 Autre, précisez : .....
- Les transferts (lit-fauteuil...)  
 Se lever  S'asseoir  Se coucher  
 Les changements de position au lit  
 Prendre, tenir, manipuler un objet :  main droite  main gauche

Remarques, recommandations (tremblements, rétractions...) :

## ALIMENTATION

- Mange seul  
 Besoin d'aide pour couper les aliments  
 Fausses routes  
 Régime spécifique, précisez : .....
- Consistance des aliments :  normale  hachée  mixée  
Boissons :  liquides  gélifiées
- Port de prothèse(s) dentaire(s), précisez : .....

Remarques :

## DOULEURS

### Description des attitudes pouvant exprimer un état douloureux :

- Mimiques  pleurs  cris  
 Mouvements de défenses  
 Raideur  
 Agitation inhabituelle  
 Diminution de la communication  
 Autre, précisez : .....

### Les moyens pour aider à soulager la douleur :

- Traitement médicamenteux  
 Positionnement  
 Massages  
 Autre, précisez : .....

Les gestes et attitudes à éviter : .....

Les signes d'apaisement : .....