

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 :