

FICHES DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE HANDICAPES DEPENDANTS

A FICHE VIE QUOTIDIENNE

À remplir par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant
À remettre à l'équipe soignante (si possible avant l'hospitalisation)

Date
<input type="text"/>
Remplie par
Nom
Fonction
<div style="border: 1px dashed black; padding: 20px; text-align: center;">Photo facultative</div>

POURQUOI ?

Ces fiches de liaison ont pour objectif de faciliter l'hospitalisation et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée ainsi que son retour, par une continuité de l'information. Elles seront envoyées avant l'hospitalisation ou remises lors de l'admission dans le service.

Elles devront être **insérées dans le dossier de soins et restituées à la sortie du patient.**

Ces fiches de liaison comprennent :

- La **fiche vie quotidienne** (A-4 pages) qui accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers. Elle est **remplie et ne peut être modifiée que par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant.** Elle permet à l'équipe hospitalière de bien connaître les besoins spécifiques du patient pour anticiper les moyens techniques ou humains nécessaires à sa bonne prise en charge et d'identifier les différents acteurs ou référents.

- La **fiche retour** (B-2 pages) qui **doit être remplie à chaque sortie d'hospitalisation par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient.** Elle a pour objectif de faciliter le retour d'hospitalisation du patient par une continuité de l'information.

Fiche de vie quotidienne et fiche retour seront insérées dans le dossier de sortie du patient

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal Ville
Etablissement

Représentant légal de la personne

Famille Tuteur Curateur

Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Mobile

Personne à contacter

Nom
Prénom
Adresse
Code postal Ville
Téléphone Mobile

Environnement familial en cas d'hospitalisation

Présence souhaitée par la famille
Jour OUI NON **Nuit** OUI NON
Participation souhaitée par la famille au repas
Midi OUI NON **Soir** OUI NON

Référents (coordonnées)

Médecin traitant

- Médecin du service hospitalier
- Médecin de l'établissement ou du service adresseur
- Référent du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile
- **Traitements** : Joindre les prescriptions
- Allergie
- Autres contre indications

Fiche téléchargeable www.aphp.fr/handicap et remplissable électroniquement

NOM

Prénom

Date

--	--	--	--

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

1. COMMUNICATION

 verbale non verbale

Langue usuelle

Modalités d'expression (précisez)

Fiabilité du oui/non

 OUI NON

Utilise un support de communication (précisez)

Utilise un matériel électronique (précisez)

Remarques

2. VIE PSYCHIQUE

Participation OUI NONAgitation OUI NONReplié sur lui-même OUI NONRisque de fugue OUI NONAuto-agressivité OUI NONHétéro agressivité OUI NONRetard intellectuel OUI NON

Remarques/Recommandations

Consignes de sécurité post-opératoires

Remarques

3. LOCOMOTION - TRANSFERT - DEPLACEMENTS

Modes de déplacement (à préciser)

Retournement dans le lit OUI NONTransfert (lit- fauteuil) OUI NONPosition assise OUI NONUtilisation autonome
du fauteuil OUI NON

Matériel de locomotion

 Lit médicalisé Potence Verticalisateur Lève-malade

Appareillage

Remarques (photos d'installations appréciées)

photos jointes OUI NON

4. MOTRICITE

A. Spasticité/raideur

 OUI NON

B. Mouvements anormaux

 OUI NON

C. Troubles orthopédiques invalidants

 Rachis Hanche Fragilité osseuse

Autres

 Pompe liorésal Installation ou technique particulière de décontraction (voir photos) Appareillage et/ou postures (préciser) (voir photo)

Horaire d'installation

Durée

Remarques (photos d'installations appréciées)

photos jointes OUI NON

NOM

Prénom

Date

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

5. ETAT SENSORIEL

Malvoyant OUI NON
 Non voyant OUI NON
 Malentendant OUI NON
 Non entendant OUI NON
 Hypoesthésie OUI NON
 Hyperesthésie OUI NON

Appareillage auditif OUI NON
 droit gauche appareillage bilatéral
 Lunettes OUI NON
 Canne blanche OUI NON
 Aide technique OUI NON
 Précisez :

Remarques

6. SOMMEIL

Paisible
 Perturbé
 Crise d'épilepsie
 Position de sommeil (voir photos)

Besoin d'installation de protection OUI NON
 préciser
 Besoin d'appareillage nocturne OUI NON
 préciser
 Besoin de mobilisation nocturne OUI NON
 Existence d'objets transitionnels (doudou, etc.)
 Rituels d'endormissement

Remarques (photos de positionnement appréciées)

photos jointes OUI NON

7. TOILETTE – HYGIENE

Autonomie

Soins de bouche
 Soins des yeux
 Toilette du corps
 Habillage/déshabillage
 Soins de peau spécifiques
 Escarre OUI NON
 Porteur BMR OUI NON

OUI NON
 OUI NON
 OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

Chariot douche
 Lève-malade
 Matelas spécifique
 Coussins

Remarques

8. ALIMENTATION

Orale
 Besoin d'aide OUI NON
 Fausse route
 Alimentaire OUI NON
 Liquide OUI NON
 Durée moyenne du repas
 Sonde naso-gastrique
 Gastrostomie (entérale)
 Parentérale
 Trouble du comportement alimentaire
 OUI NON

Positionnement (voir photos)
 Consistance des aliments
 normale hachée mixée pommade
 Boisson liquide gélifiée
 Sonde
 Régimes (à préciser)
 Matériel adapté OUI NON
 Port de prothèse dentaire OUI NON
 (Joindre la prescription pour les quantités, compléments d'alimentation orale, débits, horaires et matériel adapté)

Remarques (photos de positionnement appréciées)

photos jointes OUI NON

Autonomie dans la vie quotidienne Soins spécifiques

Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques

9. ELIMINATION

Contrôles sphinctériens acquis

OUI NON

Constipation habituelle

OUI NON

Tendance aux fécalomes

OUI NON

Tendance aux infections urinaires

OUI NON

Aide à la miction

Aide pour aller à la selle (doigtier)

Sondage intermittent à demeure

Couche nuit jour Taille

Sonde urétrostomie N°(____)

Sonde vésicale N° (____)

Cathéter sus-pubien

Urinal

Étui pénien

Siège WC adapté

Poche anus artificiel

Remarques

10. RESPIRATION

Assistance respiratoire OUI NON

Aspiration OUI NON

Trachéotomie OUI NON

Aspirateur

O2 Débit

Continu Discontinu Horaires

Ventilation continue OUI NON

Horaires

Canule Type N° Rythme du changement

Kiné respiratoire OUI NON

Remarques

Installations à privilégier ou à éviter

11. CRISE D'EPILEPSIE

Fréquence

Type

Port du casque OUI NON

Protocole en cas de crise

Remarques / Recommandations préventives

12. DOULEUR (voir grille d'évaluation)

**Description des attitudes qui peuvent
exprimer un état douloureux**

Mimiques Pleurs Cris

Mouvements de défense

Raideur

Agitation inhabituelle

Diminution de l'éveil

Diminution de la communication

Les petits moyens pour aider à soulager la douleur

Musique Jouets Doudou

Autres (précisez)

Les gestes ou attitudes à éviter

Traitements médicamenteux ou autres (positionnement, massage, etc.)
auxquels la personne est particulièrement sensible

Remarques

B FICHE RETOUR à domicile ou en institution

À remplir par l'équipe soignante du service hospitalier responsable du patient

Attention cette fiche ne fait pas office de compte-rendu d'hospitalisation

Fiche remplie le _____ **par** _____
Établissement _____
Service _____ **Tél** _____
Nom du patient _____ Prénom _____
Date d'entrée _____ Date de sortie _____

TYPE ET MOTIF D'HOSPITALISATION

SERVICES AIGUS (court séjour)

- En Urgence
 Programmé

SERVICES SSR (moyen séjour)

Motif _____

Durée du séjour _____

LIEU DE RETOUR (coordonnées)

- Famille
 Service Hospitalier
 Établissement médico-social

RENDEZ-VOUS / EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Le prochain rendez-vous

- Est fixé

Date _____ Heure _____ Service _____
Médecin _____ Tél _____

- Est à prendre dans un délai de _____

Service _____ Médecin _____ Tél _____

Examens complémentaires demandés

Prélèvements

- Réalisés sur place
Service _____ le _____ horaires _____
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

Radio

- Réalisée sur place
Service _____ le _____ horaires _____
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

Autres

- Réalisés sur place
Service _____ le _____ horaires _____
- À réaliser préalablement et apporter les résultats

Fiche téléchargeable www.aphp.fr/handicap et remplissable électroniquement

NOM

Prénom

Date

BILAN ACTUEL

Manifestations douloureuses					
Signes		Localisation			
Traitement					
Date et heure des derniers soins					
Pansement		Prise des médicaments		Sondage	
Date de changement ou pose de dispositifs spéciaux					
Bouton de gastrostomie		Canule de trachéo		Sonde urinaire	
Poche		Cathé		Nouveau dispositif	
BMR <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précautions particulières					
Date et heure de la dernière prise alimentaire					
De quel type			Régime		
Date des dernières selles			Date des dernières règles		
État cutané					
Reprise de la station assise		<input type="checkbox"/> OUI, depuis		<input type="checkbox"/> NON	
Installation préconisée					
<input type="checkbox"/> de jour					
<input type="checkbox"/> de nuit					
Prochains soins à faire					
<input type="checkbox"/> Pansement		<input type="checkbox"/> Ablation de fils			
<input type="checkbox"/> Kiné		<input type="checkbox"/> Autres			
Précautions et surveillance particulières à prendre					
Informations données à la famille					
Par un médecin		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Éducation thérapeutique		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Documents remis		<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
Matériel à la sortie					
Fauteuil		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Corset-siège <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Attelle		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Chaussures <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Coussins		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Appareil de ventilation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Autres					
Est-il nécessaire de réactualiser les fiches vie quotidienne suite à cette hospitalisation ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					