

FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE HANDICAPES DEPENDANTS

FICHE VIE QUOTIDIENNE : merci de renseigner uniquement les soins spécifiques pouvant entraîner des difficultés de prise en charge

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 de la plateforme de coordination par
mail IDECPlateformedeCoordination@ch-albi.fr, avant la consultation ou l'hospitalisation

Date

Remplie par

Nom

Fonction

POURQUOI ?

Cette fiche a pour objectif de faciliter la prise en charge de la personne handicapée, par une continuité de l'information.

Elle sera envoyée avant la consultation ou l'hospitalisation.

Elle sera insérée dans le dossier de soins du patient.

La fiche vie quotidienne 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.

Merci des les indiquer pour chaque soin spécifique dans la rubrique « Remarques ».

Centre Hospitalier d'Albi



05.63.48.06.14

IDECPlateformedeCoordination@ch-albi.fr

IDENTIFICATION DU PATIENT (obligatoire)

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

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 en cours à remettre lors de la consultation ou de l'hospitalisation

Fiche téléchargeable et remplissable électroniquement

NOM	Prénom	Date
-----	--------	------

Soins spécifiques	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
Autonomie dans la vie quotidienne	

1. COMMUNICATION (facultatif)

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 (facultatif)

Participation OUI NON Agitation OUI NON Replié sur lui-même OUI NON Risque de fugue OUI NON Auto-agressivité OUI NON Hétéro agressivité OUI NON Retard intellectuel OUI NON	Remarques/Recommandations Consignes de sécurité post-opératoires
---	---

Remarques

3. LOCOMOTION - TRANSFERT – DEPLACEMENTS (facultatif)
--

Modes de déplacement (précisez) Retournement dans le lit OUI NON Transfert (lit- fauteuil) OUI NON Position assise OUI NON Utilisation autonome du fauteuil OUI NON	Matériel de locomotion (précisez) Lit médicalisé Potence Verticalisateur Lève-malade Appareillage (préciser)
---	---

Remarques

4. MOTRICITE (facultatif)

A. Spasticité/raideur OUI NON B. Mouvements anormaux OUI NON C. Troubles orthopédiques invalidants Rachis Hanche Fragilité osseuse Autres	Appareillage (précisez)
--	-------------------------

Remarques

NOM	Prénom	Date
-----	--------	------

Soins spécifiques Autonomie dans la vie quotidienne	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
--	---

5. ETAT SENSORIEL (facultatif)			
Malvoyant	OUI	NON	Appareillage auditif
Non voyant	OUI	NON	droit gauche appareillage bilatéral
Malentendant	OUI	NON	Lunettes
Non entendant	OUI	NON	Canne blanche
Hypoesthésie	OUI	NON	Aide technique
Hyperesthésie	OUI	NON	Précisez :

Remarques

6. SOMMEIL (facultatif)			
Paisible			Besoin d'installation de protection
Perturbé			précisez
Crise d'épilepsie			Besoin d'appareillage nocturne
Position de sommeil (précisez)			précisez
			Besoin de mobilisation nocturne
			Existence d'objets transitionnels (doudou, etc.)
			Rituels d'endormissement

Remarques

7. TOILETTE - HYGIENE (facultatif)				
		Autonomie		
Soins de bouche	OUI	NON		Chariot douche Lève-malade Matelas spécifique Coussins
Soins des yeux	OUI	NON		
Toilette du corps	OUI	NON		
Habillage/déshabillage	OUI	NON		
Soins de peau spécifiques	OUI	NON		
Escarre	OUI	NON		

Remarques

8. ALIMENTATION (facultatif)			
Orale			Positionnement (précisez)
Besoin d'aide	OUI	NON	Consistance des aliments
Fausse route			normale hachée mixée pommade
Alimentaire	OUI	NON	Boisson liquide gélifiée
Liquide	OUI	NON	Sonde
Durée moyenne du repas			Régimes (précisez)
Sonde naso-gastrique			
Gastrostomie (entérale)			Matériel adapté
Parentérale			Port de prothèse dentaire
Trouble du comportement alimentaire	OUI	NON	

Remarques

NOM	Prénom	Date
-----	--------	------

Soins spécifiques	Besoins en dispositifs médicaux ou/et aides techniques
--------------------------	---

9. ELIMINATION (facultatif)	
------------------------------------	--

Contrôles sphinctériens 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 Sonde urétrostomie N () Sonde vésicale N° () Cathéter sus-pubien Urinal Étui pénien Siège WC adapté Poche anus artificiel
---	---

Remarques

10. RESPIRATION (facultatif)	
-------------------------------------	--

Assistance respiratoire OUI NON Aspiration OUI NON Trachéotomie OUI NON	Aspirateur O2 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
-------------------	------------------------------

Remarques / Recommandations préventives

12. DOULEUR (facultatif)	
---------------------------------	--

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
---	--

Remarques