



Identité

Nom de naissance :

Nom Marital (obligatoire).....

Prénom :

Date de naissance :

FICHE DE LIAISON HANDICONSULT34

Transmission des informations pour le premier rendez-vous

Lieu de vie (adresse)

Domicile :

.....

.....

Etablissement sanitaire :

.....

.....

Etablissement médico-social :

.....

.....

La personne qui m'accompagne le jour de ma consultation

Date :

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :

La personne qui a complété ce document :

Date :

Nom :

Prénom :

Intervient en tant que :

Structure :

Téléphone :

Mail :

QUI JE SUIS ET D'OU JE VIENS

Médecin traitant

Nom Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Mail :

Statut juridique

- Pas de mesure de protection
- Tutelle
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée
- Sauvegarde de justice
- Mineur émancipé

Représentant légal

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)

LES SOINS DONT J'AI BESOIN ET POURQUOI JE FAIS APPEL A HANDICONSULT34

2/7

CONSULTATIONS				
<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Gynécologie	<input type="checkbox"/> Echographie – Radiologie	<input type="checkbox"/> O.R.L (Annexe 2 à compléter par un médecin)	<input type="checkbox"/> Ophtalmologie
<input type="checkbox"/> Bilan/détartrage <input type="checkbox"/> Appareillage ou prothèse <input type="checkbox"/> Soins courants <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Extraction <input type="checkbox"/> Recherche cause somatique <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Bilan global <input type="checkbox"/> Bilan diagnostic symptôme <input type="checkbox"/> Contraception orale <input type="checkbox"/> Dépistage/prévention <input type="checkbox"/> IVG médicamenteuse <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Stérilet <input type="checkbox"/> Suivi obstétrical <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Echo-doppler <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Radiographie <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Bilan global <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Oreille interne <input type="checkbox"/> Conduit auditif <input type="checkbox"/> Déglutition <input type="checkbox"/> Evaluation repas/Déglutition <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> PEA sous mélatonine <input type="checkbox"/> Rhino-sinus <input type="checkbox"/> Trachéotomie <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Bilan vision <input type="checkbox"/> Renouvellement lunette/lentille <input type="checkbox"/> Bilan symptômes (douleurs, écoulements, rougeurs...) <input type="checkbox"/> Suivi pathologie ophtalmologique (Glaucome, Cataracte...) <input type="checkbox"/> Suivi pathologie à risque ophtalmologique (Diabète...) <input type="checkbox"/> Enfant 1 ^{ère} consultation <input type="checkbox"/> Enfant suivi <input type="checkbox"/> Autre
Précisions : <input type="checkbox"/> Dans un premier temps, je souhaite réaliser une visite blanche afin de découvrir, les lieux, les visages, le matériel...				

Motif de recours à HandiConsult34

- Echec architectural (difficulté d'accès au lieu de soins)
- Echec matériel (inadaptation des matériels d'examen ou de soins)
- Echec des soins entrepris (réalisation incomplète des soins)
- Echec par expérience (ressenti, appréhension, renoncement aux soins)
- Refus de prise en charge (par un praticien ou un établissement)
- Autre :

Dernière consultation

- 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

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)

CE QUI FAIT DE MOI UNE PERSONNE UNIQUE

3/7

La cause de votre handicap et les diagnostics associés

Poids :

Taille :

Affection longue durée (ALD, prise en charge 100%)

Handicap (plusieurs réponses possibles) :

Moteur : Déficit Cognitif (Intellectuel) → Léger / Modéré / Sévère à profond

Polyhandicap Troubles du spectre de l'autisme (TSA) (**Annexe 1 et 1bis à compléter**)

Psychique Visuel Auditif

Etat de conscience modifié (EVC-EPR)

Autres maladies chroniques :

Diabète Pathologie cardiaque Epilepsie

Traitement anticoagulant

Contraceptif :

Allergies : Pas d'allergies connues

Appareillage

Fauteuil roulant manuel Fauteuil roulant électrique

Mon fauteuil est réglable en hauteur

Prothèse(s) : Auditive Dentaire Autre

Trachéotomie (préciser type de canule) :

Respirateur

Sonde urinaire

Colostomie Gastrostomie

Autres :

Votre régime alimentaire : Troubles de la déglutition

Texture solides : Normale Enrobée Hachée Mastiquée

Mixée/lisse Moulinée Sans aliments à peau

Sans dispersibles

Textures liquides : Normale Gélifié Gazeux

Froid Chaud Epaissi

Ce que vous n'aimez pas (aversions) :

.....

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)

LES ACCOMPAGNEMENTS DONT J'AI BESOIN POUR MA CONSULTATION



Personnalisation :

- Ambiance sonore :
- Ambiance lumineuse : Très lumineuse Modérée
- Tamisée
- Vous apportez votre objet transitionnel (doudou...)
- Prévoir sédation consciente (MEOPA)

Installation pour la consultation :

- Au brancard
- Au fauteuil de consultation
- Au fauteuil roulant

Mode de transfert :

- Autonome
- Avec aide humaine (pivot)
- Avec aide matériel (Filet / Planche)

Communication

- Orale
- Limitée
- Langues des signes
- Synthèse vocale
- Code ou pictogramme
- Nulle
- Autres/commentaires : **(Annexe 1 et 1bis à compléter si besoin)**.....

Compréhension

- Normale
- Limitée
- Non évaluable
- Nulle
- Autres/commentaires : **(Annexe 1 et 1bis à compléter si besoin)**.....

Orientation

- Désorientation Temporelle
- Désorientation Spatiale
- Fluctuante
- Non évaluable

Vos phobies :

Informations complémentaires : (Ecrivez ici les informations qui vous semblent importantes et que vous souhaitez porter à notre connaissance)

.....
.....

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)



Mode de communication	Expressive : <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Gestuelle <input type="checkbox"/> Langue des signes <input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Verbale	<u>Illustrer :</u>
	Réceptive : <input type="checkbox"/> Compréhension après démonstration concrète <input type="checkbox"/> Compréhension de mot/phrases/consignes simples <input type="checkbox"/> Compréhension à l'aide de photos <input type="checkbox"/> Compréhension à l'aide de pictogrammes <input type="checkbox"/> Guidance physique <input type="checkbox"/> Uniquement avec personne habituelle	<u>Recommandations du mode de communication pour le professionnel :</u>
Mode d'expression de la douleur	<input type="checkbox"/> Absence de réaction <input type="checkbox"/> Cris <input type="checkbox"/> Fuite <input type="checkbox"/> Réaction auto-vulnérante <input type="checkbox"/> Réaction hétéro-agressive <input type="checkbox"/> Stéréotypie <input type="checkbox"/> Autre	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>
Particularités sensorielles	<input type="checkbox"/> Hypo et/ou hypersensibilité <input type="checkbox"/> Instabilité du fonctionnement sensoriel <input type="checkbox"/> Recherche de sensation <input type="checkbox"/> Stimuli aversifs	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>
Temporalité	Gestion de l'attente : <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/> Possible avec distracteur <input type="checkbox"/> Possible sans distracteur <input type="checkbox"/> Termes à éviter à la fin de la consultation	<u>Précisions temps approximatif toléré :</u>
	Compréhension de la notion de temps : <input type="checkbox"/> Avec repère visuel <input type="checkbox"/> Compréhension verbale <input type="checkbox"/> Compréhension verbale avec repère <input type="checkbox"/> Nulle	<u>Description, aménagements et outils à prévoir :</u>

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)

Intérêts restreints

.....

.....

.....

.....

Objet(s) rassurant(s) ou distrayants

.....

.....

.....

POUR ALLER PLUS LOIN

Comportements à éviter par le professionnel

.....

.....

.....

.....

.....

Objet(s)/Chose(s) spécifiques qui ne sont pas supportés :

.....

.....

.....

.....

Système de récompense si nécessaire :

.....

.....

.....

.....

Ressource pour préparer la consultation :

- Les fiches santé BD téléchargeables sur <https://santebd.org/>
- La visite virtuelle sur <https://handiconsult34.fr>
- Prêt de matériel

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail.

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)



***ANNEXE 2 A COMPLETER POUR UNE ORIENTATION ORL**Médecin traitant de :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Le/...../..... à

Cher confrère(e),

Permettez-moi de vous adresser le patient susnommé, pour une consultation spécialisée : Oto-rhino-laryngologique (ORL) / Orthophonique, ayant pour motif :

.....

Confraternellement

*(Signature et tampon du médecin orienteur)*Statut infectieux du patient : BMR/BHRPartie à remplir pour tout patient devant subir un **geste endoscopique invasif** :

PATIENT NI SUSPECT, NI ATTEINT : Patient ne présentant pas de trouble neurologique, intellectuel ou psychiatrique sans diagnostic posé.

PATIENT SUSPECT OU ATTEINT : Patient présentant au moins un signe neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques d'apparition récente, évoluant sans rémission et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge (consultation, hospitalisation) neurologique, psychiatrique et/ou neurochirurgicale au cours de laquelle un diagnostic a été posé.

CONSULTATION NEUROLOGIQUE INDIQUEE EN CAS DE DOUTE :**Docteur Audrey GABELLE DELOUSTAL**

Neurologue, CHU Montpellier, Pôle Neurosciences Tête et Cou

N° service : 04 67 33 73 63 ou 04 67 33 60 29**Mobile CHU** : 06 65 84 94 14

Contactée le : / /

Suspicion d'ESST : Confirmée / Infirmée

Merci de retourner ce document par mail à handiconsult34@propara.fr, en utilisant autant que possible la messagerie sécurisée Medimail. Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce document, contacter le 0805 38 38 29 (numéro vert gratuit)

