

FICHES DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DE L'ENFANT ET L'ADULTE HANDICAPÉS DÉPENDANTS

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

Remplie par
Nom
Fonction

**Photo
facultative**

POURQUOI ?

Ces fiches de liaison (A- Vie quotidienne et B- Retour à domicile ou en institution) ont pour objectif de faciliter l'accueil, la prise en charge et le retour à domicile du patient enfant et adulte en situation de handicap.

La fiche « Vie quotidienne » est valable lors des différents séjours hospitaliers du patient. Elle permet aux équipes de connaître ses besoins spécifiques et ainsi d'anticiper les moyens techniques ou humains nécessaires à sa bonne prise en charge.

La fiche « Retour à domicile ou en institution » est à remplir à chaque sortie d'hospitalisation par les équipes soignantes de l'hôpital. Elle facilite la transmission d'informations pour un retour à domicile ou en institution dans les meilleures conditions possibles.

Les informations recueillies par les établissements des Hôpitaux Confluence (qui rassemblent le Centre hospitalier intercommunal de Crèteil et le Centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges), font l'objet d'un traitement informatique ayant pour finalité d'assurer la liaison pour l'accueil d'enfant et de l'adulte handicapé dépendant, dans le respect de ses obligations légales. Le traitement des données repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public et les données seront conservées pour une durée assimilable aux durées appliquées à la conservation du dossier médical. Conformément à la Réglementation Informatique et Libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée et Règlement Européen 2016/679), en tant que représentants légaux, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur vos informations et celles de la personne en charge, du droit à la limitation du traitement dans le cadre de la réglementation en vigueur. Vous pouvez exercer ces droits par courriel auprès des établissements aux adresses DPO : dpo@chicreteil.fr et dpo@chiv.fr. Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'Autorité de contrôle, à savoir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Fiches conçues par la Mission handicap DPM de l'AP-HP, en collaboration avec l'Inter-associations Multihandicap Île-de-France, APETREIMC, APF/HANDAS, CESAP, FEHAP, GPF, UNAPEC

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM
Prénom
Date de naissance
Adresse
Code postal Ville
Établissement

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
-------------	-----	-----	-------------	-----	-----

Référénts (coordonnées)

- Médecin traitant
- Médecin du service hospitalier
- Médecin de l'établissement ou du service adresseur
- Référént du projet personnalisé au sein de l'institution/domicile

Traitements : Joindre les prescriptions

- Allergie(s)
- Autres
contre indications

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 ☐ 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
--

Modes de déplacement (à préciser) Retournement dans le lit ☐ OUI ☐ NON Transfert (lit- fauteuil) ☐ OUI ☐ NON Position assise ☐ OUI ☐ NON Utilisation 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
---	--

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 demeureCouche ☐ 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 HorairesVentilation continue ☐ OUI ☐ NON

Horaires

☐ Canule Type N° Rythme du changementKiné 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

☐ À réaliser préalablement et apporter les résultats

Service

le

heures

☐ **Radio**

☐ Réalisée sur place

☐ À réaliser préalablement et apporter les résultats

Service

le

heures

☐ **Autres**

☐ Réalisés sur place

☐ À réaliser préalablement et apporter les résultats

Service

le

heures

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 ☐ OUI ☐ 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

☐ OUI, depuis☐ NON

Installation préconisée

☐ de jour☐ de nuit

Prochains soins à faire

☐ Pansement☐ Ablation de fils☐ Kiné☐ Autres

Précautions et surveillance particulières à prendre

Informations données à la famille

Par un médecin

☐ OUI☐ NON

Éducation thérapeutique

☐ OUI☐ NON

Documents remis

☐ OUI☐ NON

Matériel à la sortie

Fauteuil

☐ OUI☐ NON

Corset-siège

☐ OUI☐ NON

Attelle

☐ OUI☐ NON

Chaussures

☐ OUI☐ NON

Coussins

☐ OUI☐ NON

Appareil de ventilation

☐ OUI☐ NON

Autres

 Est-il nécessaire de réactualiser les fiches vie quotidienne suite à cette hospitalisation ? ☐ OUI ☐ NON