

FICHE DE DEMANDE DISPOSITIF HANDICONSULT

ENFANT ET ADULTE DYSCOMMUNICANT OU DEPENDANT

SERVICE DE SOINS SOMATIQUES SPECIALISES ET ADAPTES
LES ROMARINS

Fiche remplie par :

Date de la demande :

Nom.....

Fonction/Lien.....

Téléphone.....

Email.....

A / RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE / /

REPRESENTANT LEGAL

Famille

Tuteur

Curateur

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

LIEU DE VIE

Domicile

Institution

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

MEDECIN DE L'ETABLISSEMENT OU MEDECIN TRAITANT REFERENT

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone : email.....

B/ MOTIF DE LA DEMANDE

TYPE DE DEMANDE (consultations, examens, soins...)

.....

.....

HANDICAP(S) ET DIFFICULTEES ENVISAGEES

.....

.....

PROCESSUS D'HABITUATION ENVISAGE

Habituer la personne aux conditions de déroulement de l'examen ou du soin est parfois indispensable pour qu'il puisse se réaliser le plus sereinement possible.
Pensez-vous qu'un travail d'habituaiton soit nécessaire ?

oui non

PRESCRIPTIONS ENVISAGEES (si dossier rempli par un médecin)

Tout soin ou examen douloureux est anxiogène et peut entrainer le risque de non compliance du patient. Nous utilisons des approches non médicamenteuses afin de faciliter les soins. Cependant, dans le cadre de la prise en soins demandée, pensez-vous qu'il soit nécessaire d'administrer :

➤ MEOPA oui non

Existe-t-il des contre-indications à l'utilisation du MEOPA ?

➤ Autres prémédications oui non

Si oui laquelle (EMLA, Midazolam...) :

C/ RENSEIGNEMENTS VIE QUOTIDIENNE

COMMUNICATION

- verbale
- non verbale

Langue usuelle :

Modalité d'expression : (dessins, gestes ...)

.....

Lorsque le patient répond par oui ou par non, peut-on considérer que la réponse est :

- fiable
- non fiable

VIE PSYCHIQUE

Participation	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Agitation	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Replié sur lui-même	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Risque de fugue	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Retard intellectuel	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non

MOBILITE

Patient

- En fauteuil roulant
- Sur brancard
- Sans besoin spécifique pour la manipulation

D/ COMPORTEMENT DU PATIENT

Afin de mieux comprendre le comportement du patient lors d'un soin, merci de répondre aux questions ci-dessous

VOCIFERATIONS

Vociférations non verbales, demandes itératives, cris, gémissements

- | | |
|--|-----------------------|
| 0 - absence | <input type="radio"/> |
| 1 – faible volume, non dérangeants, pleurs | <input type="radio"/> |
| 2 – volume plus important que la conversation, canalisable | <input type="radio"/> |
| 3 – fort, dérangeant, difficilement canalisable | <input type="radio"/> |
| 4 – crie très fort, hautement dérangeant, impossible à canaliser | <input type="radio"/> |

AGITATION MOTRICE

- | | |
|--|-----------------------|
| 0 - absence | <input type="radio"/> |
| 1 – déambule, remue sur sa chaise, cherche une réassurance | <input type="radio"/> |
| 2 – rythme accru des mouvements, facilement canalisable | <input type="radio"/> |
| 3 – mouvements rapides, difficiles à canaliser | <input type="radio"/> |
| 4 - mouvements intenses impossibles à canaliser oralement | <input type="radio"/> |

AGRESSIVITE

- | | |
|---|-----------------------|
| 0 – absence | <input type="radio"/> |
| 1 – violence verbale | <input type="radio"/> |
| 2 – comportement menaçant | <input type="radio"/> |
| 3 – violence physique envers les objets | <input type="radio"/> |
| 4 – auto agressivité | <input type="radio"/> |
| 5 – hétéroagressivité | <input type="radio"/> |

RESISTANCE AUX SOINS

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------|
| 0 – absence | <input type="radio"/> |
| 1 – évitement, repousse l'échéance | <input type="radio"/> |
| 2 – refus verbal ou geste de refus | <input type="radio"/> |
| 3 - repousse le soignant | <input type="radio"/> |
| 4 – agresse physiquement le soignant | <input type="radio"/> |

E/ ELEMENTS A FOURNIR

Merci de joindre à ce dossier

- La photocopie de la carte d'identité recto/verso
- La photocopie de la carte vitale (numéro de sécurité sociale bien visible)
- La photocopie de la carte de mutuelle
- **L'autorisation représentants légaux pour les mineurs**

Lors de votre venue :
merci d'apporter

- le carnet de santé pour les enfants
- les éléments médicaux en votre possession (bilans sanguins, radiographie, ECG, traitements médicamenteux...)

Nous rappelons que les patients ne peuvent pas se présenter sur la structure sans accompagnateur.

Pour tous renseignements

Le secrétariat du 4SA-Romarins :

Tél. : 04 90 03 90 85

Ouverture de 8h30 à 16h30 du lundi au vendredi sauf jours fériés

Fax : 04 86 19 44 47

Centre hospitalier de Montfavet

Service de soins somatiques, spécialisés et adaptés

Bâtiment Les Romarins

Avenue de la Pinède

CS 20107

84918 Avignon cedex 9