**FICHE DE DEMANDE DISPOSITIF HANDICONSULT 84**

**ENFANT ET ADULTE DYSCOMMUNICANT OU DEPENDANT**

**SERVICE DE SOINS SOMATIQUES SPECIALISES ET ADAPTES**

**LES ROMARINS**

1. **Motif de la demande :**

### **Date de la demande :**

### **Nom du prescripteur / demandeur du soin:**

### **Téléphone :**

**@ :**

**Adresse :**

**Médecin traitant :**

**M**

……………………………………………..…………………………………………………………

**TOUTE DEMANDE SERA TRAITEE, EN AMONT, LORS D’UN  
ENTRETIEN INFIRMIER**

1. **Pathologie à l’origine du handicap :**

…………………………………………………………………………………………………………

1. **Antécédents médicaux et chirurgicaux :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Personne à contacter pour l’organisation du soin :**

**Téléphone :**

**@ :**

1. **Difficultés antérieures de prise en charge classique :**

OUI NON

Pourquoi : ……………………………………………………………………………………

1. **Type de handicap :**

* Physique
* Sensoriel

**Nom d’usage :**

**Nom de naissance :**

**Prénoms :**

**Date et lieu de naissance :**

**Sexe : Féminin Masculin**

**Poids :**

**Taille :**

**Allergies :**

**Téléphone:**

**@ :**

**Adresse :**

* Mental
* Psychique
* Cognitif
* Polyhandicapé
* Autres précisions : ……..…………………………………………………

**LES PATIENTS NE PEUVENT PAS SE PRESENTER SUR LA STRUCTURE SANS ACCOMPAGNATEUR FAISANT LE LIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR PLACE**

**Le service Handiconsult n’a pas pour vocation de se substituer à des suivis déjà existants ou qui pourraient être réalisés en ville**

1. **Comportement de la personne :**

* **Communication verbale : OUI NON**
* **Mode d’expression :** (Dessin, gestes, pictogramme, son, …

**Protection juridique :**

* **Capable majeur**
* **Tutelle**
* **Curatelle**
* **Agitation motrice : OUI NON**
* **Agressivité : OUI NON**
* **Résistance au soin : OUI NON**

**Pour tous renseignements**

Le secrétariat du 4SA-Romarins :

Ouvert : de 8h30 à 16h30

Du lundi au vendredi (sauf jours fériés)

Tél. : 04 90 03 90 85

Fax : 04 86 19 44 47

Adresse :

Centre Hospitalier de Montfavet

Service de Soins Somatiques, Spécialisés et Adaptés

Bâtiment Les Romarins

Avenue de la Pinède CS 20107

84918 Avignon Cedex 9

* **Mobilité\* : OUI NON**
* Appui

\*Si oui, précisez : brancard, fauteuil roulant, (y a-t-il appuie lors de

transfert pour la manipulation ?)

**7 -** **Tout soin ou examen douloureux ou non peut être anxiogène.**

* RDV d’habituation
* Objet renforçateur
* MEOPA\*

\*Si, il / elle en a déjà eu, est-il bien supporté ? OUI NON

* Le médecin demandeur peut prescrire une prémédication, à prendre avant le soin (joindre l’ordonnance le jour du RDV)

**Nous utilisons des moyens pour diminuer cette anxiété :**

**Merci de joindre à ce dossier**

* La photocopie de la carte d’identité recto/verso du patient
* La photocopie de la carte vitale (numéro de sécurité sociale bien visible)
* La photocopie de la carte de mutuelle
* L’autorisation des représentants légaux pour les mineurs et pour les majeurs protégés
* La photocopie de la Carte d’identité des 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, **ordonnances avec le traitement en cours…)**

*-* Fiche de liaison/ récapitulatif des soins pour les structures d’accueil

**AUTORISATION DE SOINS POUR LES PATIENTS MINEURS**

Pour un mineur, l’autorisation de soins signée par l’un des deux parents, titulaires de l’autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

NOM du patient

...................................................................................................................................

Prénom(s) du patient

...................................................................................................................................

Né(e) le ......................................................................................................................

J’autorise les praticiens du dispositif Handiconsult du Centre Hospitalier de Montfavet à réaliser les soins nécessaires de mon enfant au cours de sa prise en charge.

□ Père □ Mère ou □ Représentant légal

NOM et Prénom ...........................................

Date de naissance ........................................

Adresse …………………….………………………………………………………………………

Tél : ...............................................................

Signature

□ Père □ Mère ou □ Représentant légal

NOM et Prénom ...........................................

Date de naissance ........................................

Adresse …………………….………………………………………………………………………

Tél : ...............................................................

Signature

**Pièces à fournir : CNI du parent titulaire de l’autorité parentale**

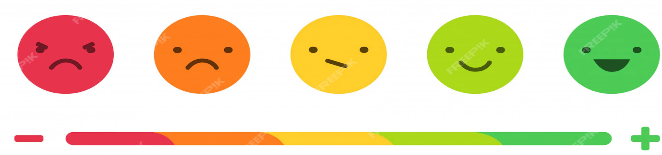
**QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION**

**Je suis patient accompagnant**

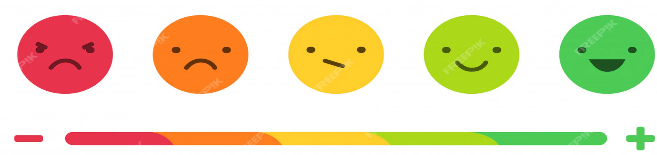
**Je viens CH Montfavet extérieur**

**L'accès au centre hospitalier et au service**

Que pensez-vous de l’accessibilité de l’établissement de santé (stationnement, signalétique, transport, accès aux personnes à mobilité réduite) ?

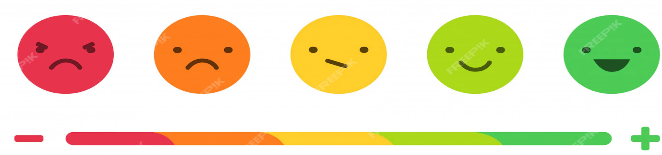


Que pensez-vous de l’accessibilité au service ?

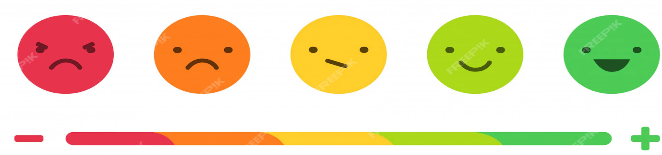


**Les locaux**

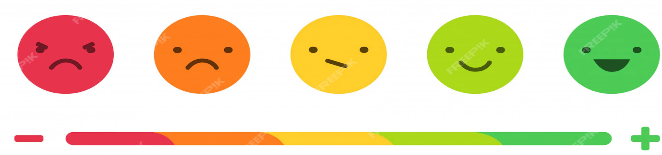
Que pensez-vous de nos salles d’attentes ?



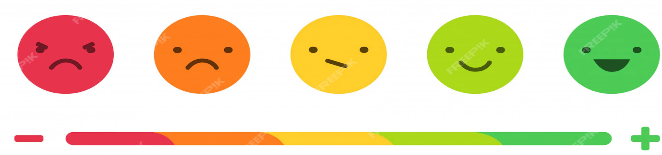
Que pensez-vous de nos salles de consultation ?



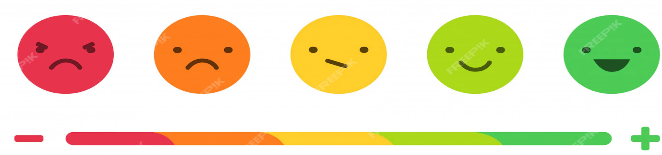
**Les soins**

Quelle est votre appréciation sur la relation avec l’équipe soignante et la disponibilité du personnel ?

Quelle est votre appréciation sur l’évaluation et la prise en charge de la douleur ?

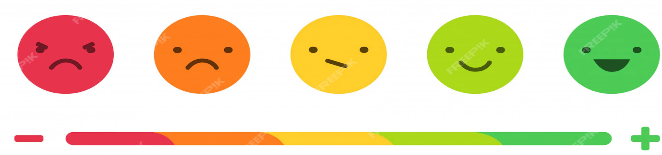


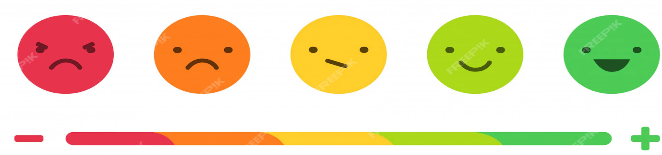
Quelle est votre appréciation sur le respect de l’intimité et de la dignité ?



**L'information**

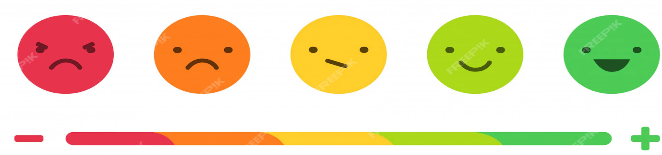
Quelle est votre appréciation sur les informations données par l’équipe soignante ?



Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de la prise en charge ?

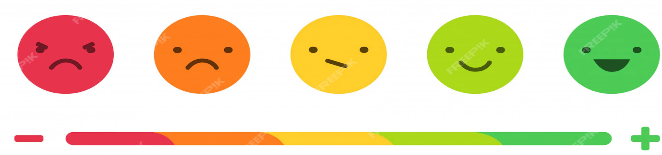
**Appréciation globale sur la prise en soins**

Quelle appréciation globale portez-vous sur notre dispositif ?



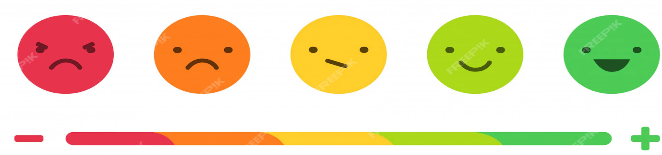
**Votre opinion générale**

Recommanderiez-vous ces consultations à d’autres personnes qui pourraient en bénéficier ?



**La visibilité du dispositif**

Que pensez-vous de la communication réalisée autour du dispositif Handiconsult 84 ? (Internet, affiche, flyers, connaissance par d’autres organismes etc…)



Commentaires

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………….