

FICHE DE DEMANDE DISPOSITIF HANDICONSULT 84

ENFANT ET ADULTE DYSCOMMUNICANT OU DEPENDANT
SERVICE DE SOINS SOMATIQUES SPECIALISES ET ADAPTES
LES ROMARINS

Reçu le :

Date de la demande :

Nom du prescripteur / demandeur

du soin :

Téléphone :

@ :

Adresse :

Médecin traitant :

1- Motif de la demande :

.....

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

2- Pathologie à l'origine du handicap :

.....

3- Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

.....

4- Difficultés antérieures de prise en charge classique :

OUI NON

Pourquoi :

5- Type de handicap :

- Physique
- Sensoriel
- 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**

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date et lieu de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Poids :

Taille :

Allergies :

Téléphone :

@ :

Adresse :

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

Protection juridique :

- Capable majeur
- Tutelle
- Curatelle

Pour tous renseignements

Le secrétariat est

Ouvert : de 8h30 à 16h30
Du lundi au vendredi (sauf jours fériés)

Tél. : 04 90 03 90 85

Mail sécurisé :
secretariat.btm.mss@ch-
montfavet.mssante.fr

Adresse :
Centre Hospitalier de Montfavet
Handiconsult 84
Bâtiment 20, Les Romarins
Avenue de la Pinède CS 20107
84918 Avignon Cedex 9

6- Comportement de la personne :

- Communication verbale : OUI NON
- Mode d'expression : (Dessin, gestes, pictogramme, son, ...)
- Agitation motrice : OUI NON
- Agressivité : OUI NON
- Résistance au soin : OUI NON
- Mobilité* : OUI NON
- Appui

*Si oui, précisez : brancard, fauteuil roulant, (y a-t-il appui lors de transfert pour la manipulation ?)

7 - Tout soin ou examen douloureux ou non peut être anxiogène.
Nous utilisons des moyens pour diminuer cette anxiété :

- RDV d'habitude
- 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)

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

 Centre Hospitalier de Montfavet	Fiche de demande Dispositif Handiconsult 84 <i>Document associé : Réf. OPC-SO-p-0015</i>	Réf. : OPC-SO-I-0017-V2
Version n°2 : Avril 2026	Motif de changement : Mise à jour	Page 3 sur 5

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 84 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

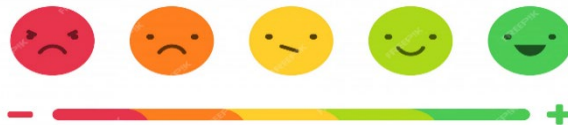
Je viens

CH Montfavet

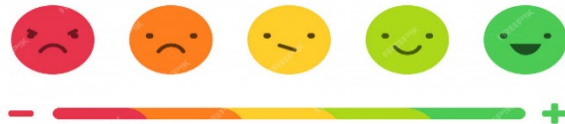
extérieur

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) ?

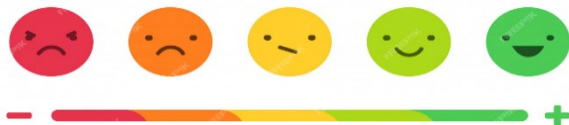


Que pensez-vous de l'accessibilité au service ?

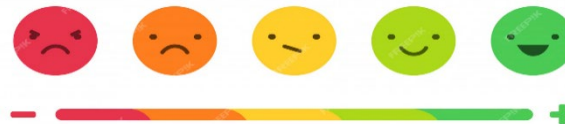


Les locaux

Que pensez-vous de nos salles d'attentes ?

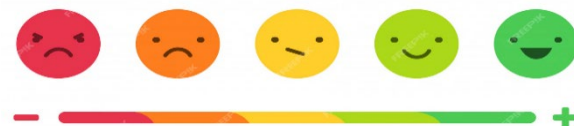


Que pensez-vous de nos salles de consultation ?

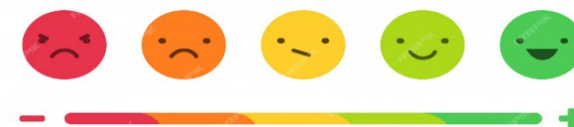


Les soins

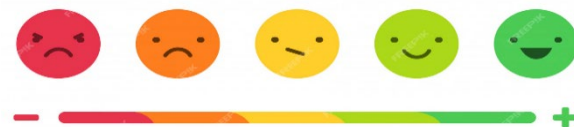
Quelle est votre appréciation sur la relation avec l'équipe soignante et la disponibilité du personnel ?



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

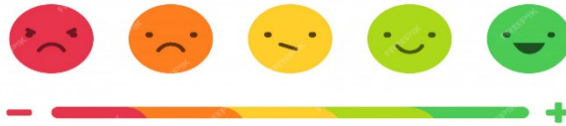


Quelle est votre appréciation sur le respect de l'intimité et de la dignité ?

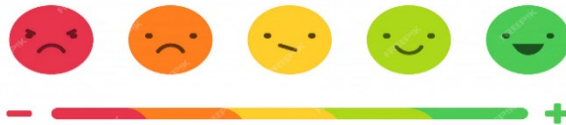


L'information

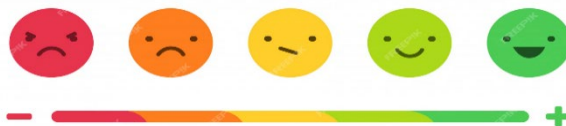
Quelle est votre appréciation sur les informations données par l'équipe soignante ?



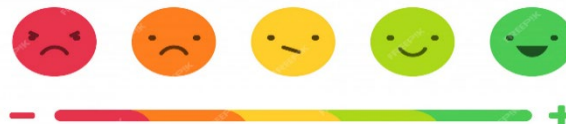
Que pensez-vous du respect de la confidentialité et du secret professionnel lors de la prise en charge ?

**Appréciation globale sur la prise en soins**

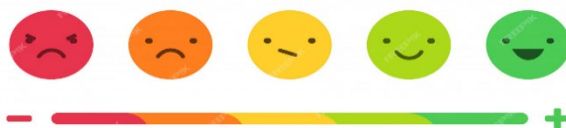
Quelle appréciation globale portez-vous sur notre dispositif ?

**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

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