

Cet outil vise à faciliter la communication d'informations afin d'assurer une prise en charge dans la continuité de votre domicile ou de votre lieu de vie.

Identification du handicap



Avez-vous désigné **une personne de confiance*** oui non si oui : Nom/Tél : _____ / _____

Avez-vous formulé **des directives anticipées**** oui non

**La personne de confiance n'est pas la personne à prévenir, c'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté*

*** Les directives anticipées sont une déclaration écrite précisant vos souhaits concernant votre fin de vie.*

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____ Poids : ____ kg Taille : ____ cm

Tél : _____ Mail : _____@_____

Personne à contacter (coordonnées) : _____ Médecin traitant : _____

Curatelle : Tutelle : Nom : _____ Tél : _____

Diagnostic ou antécédents principaux

Suivi médical au CHM : oui non si oui nom(s) du ou des médecins/spécialité(s) : _____

Allergie(s) et autre(s) contre-indication(s) : _____

Accompagnement par un aidant pendant votre hospitalisation : oui non Jour Nuit (lit accompagnant)

Matériel à mettre en place dès votre arrivée si besoin (matelas à air, sonnette adaptée...) : _____

Comment exprimez-vous votre douleur ?

Pleurs Verbalement Cris Agitation Autre : _____

Communication

Avez-vous des difficultés à vous exprimer ? oui non

Si besoin de support ou d'aide, précisez : _____

Comportement

Vous arrive-t-il d'avoir des troubles du comportement ? oui non

Si oui, quels sont les facteurs déclenchants et comment y remédier ? _____

Mobilité : transfert, déplacement

Avez-vous besoin d'aide (humaine ou technique) pour vous déplacer, pour vos transferts ? oui non

Si oui, précisez : _____

Respiration

Avez-vous des difficultés respiratoires : oui non

Si oui, nécessitent-elles un dispositif particulier ? Précisez : _____

Alimentation

Avez-vous besoin d'une hydratation ou d'une alimentation adaptée ? oui non

Si oui, précisez : _____

Toilette/soins du corps

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins d'hygiène ? oui non

Si oui, précisez (aide humaine, aide matérielle...) : _____

Elimination

Avez-vous des difficultés ou particularités d'élimination urinaire oui non fécale oui non

Si, oui précisez : _____

Soins courants, commentaires complémentaires

Souhaitez-vous nous apporter des informations complémentaires?

Merci d'apporter vos ordonnances et traitements pour 24h ou tout dispositif nécessaire à votre prise en charge.

Si besoin, vous pouvez contacter le dispositif handi-patient au 02/44/71/03/05 ou à handipatient@ch-lemans.fr

Document renseigné le ___/___/_____ par : Nom/Prénom/Qualité _____