

Cette fiche de liaison doit être utilisée pour le patient en situation de handicap lors de toute admission au centre hospitalier de Brive

Motif d'entrée :

Provenance Etablissement :

Tél du service à contacter :

Tél d'astreinte :

Date : **Remplie par :**

Fonction :

Présence aidant indispensable OUI NON

Identification du patient : Nom/Prénom : **Nom de jeune-fille :**

Date de naissance :

Si ALD **Type(s) :**

.....
.....

Pièces à joindre :

Pièce d'identité

Carte vitale

Complémentaire santé

Déclaration Accident de Travail

Type de handicap : Moteur Psychique Mental Sensoriel Cérébro-lésion Polyhandicap
Autisme

Observations Complémentaires :

Médecin traitant / Nom :

Commune :

Téléphone :

Personne à contacter : Famille

Tuteur/Curateur

Personne de confiance :

Nom/Prénom :

Nom/Prénom :

Nom/prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Téléphone :

ANTECEDENTS, PATHOLOGIE ET SOINS EN COURS, ALLERGIES

Taille : **Poids :**

Date/Heure dernier repas :

Traitement en cours : joindre une copie des ordonnances

Antécédents :

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

Allergie(s) / Intolérance(s) :

Addictions : Alcool OUI NON

Tabac OUI NON

Autres :

Epilepsie OUI NON

Port du casque OUI NON

Risques :

D'Hypothermie/Hyperthermie OUI NON

Chute OUI NON

Déambulation/Fugue potentielle OUI NON

Agitation OUI NON

Auto-agressivité OUI NON

Hétéro-agressivité OUI NON

Soins spécifiques :

COMMUNICATION ET PARTICULARITES COMPORTEMENTALES

Parle Mots Sons Entend Signe
 Langue des Signes Lecture labiale Langue usuelle :

Compréhension : Bonne Moyenne Limitée

Sait lire Sait écrire Fiabilité des propos : OUI NON

Utilise le téléphone ou un support de communication, précisez

Musique Doudous/jouets Autres :

Observations complémentaires :

.....

ETAT SENSORIEL

Audition

Surdité totale
Surdité partielle
Appareillage droit gauche
Implant droit gauche

Vision

Aveugle Malvoyant
Lunettes Lentilles de contact

Dentaire : port de prothèses : Haut Bas

Sensibilité particulière : Toucher Odorat Bruit

Observations complémentaires :

.....

AUTONOMIE ET MATERIELS

Autonomie réduite

Aide partielle Aide totale

Fauteuil roulant
Matelas anti-escarres
Déambulateur

Coussins anti-escarres
Corset
Canne
Chien d'assistance

Autre matériel requis :

Observations complémentaires :

.....

HYGIENE ET ELIMINATION

Date/Heure dernière miction :/...../..... h..... Date dernières selles :/...../.....

Autonomie totale Autonomie partielle Auto-Sondage Sonde à demeure

Si Incontinent/Continent, quel dispositif utilisé :

ALIMENTATION

Mange et boit seul Besoin d'aide pour couper les aliments **Fausses routes**

Utilisation couverts adaptés OUI NON Eau gélifiée Eau pétillante

Régime Mixé Haché **Diabétique** Sans sel Autre :

Alimentation entérale Alimentation parentérale Potomanie Boulimie Anorexie

Observations complémentaires :

.....