CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL CASTRES-MAZAMET

FICHE DE LIAISON

PERSONNE VIVANT AVEC UN HANDICAP

IDENTITE ET CONSENTEMENT DE LA PERSONNE

Nom : **Nom de naissance :**

Prénom : **Date de naissance :**

☐ J'atteste avoir été informé(e) de l'élaboration de cette fiche et du partage d'informations entre professionnels qu'elle occasionne et j'y consens.

Signature de la personne ou de son représentant légal :

Fiche remplie le **par**

Mesure de protection : ☐ Aucune
☐ Tutelle, coordonnées :

☐ Curatelle, coordonnées :

Médecin traitant :

Etablissement(s) d'hébergement et/ou d'accompagnement :

Personne à contacter dans l'établissement :
A prévenir en cas de sortie : ☐ oui ☐ non

Coordonnées de la famille :

A prévenir en cas de sortie : ☐ oui ☐ non

Antécédents Médicaux et/ou Chirurgicaux :

Allergies connues : ☐ oui ☐ non **Si allergies, préciser :**

Addictions connues : ☐ oui ☐ non **Si addictions, préciser :**

JOINDRE ORDONNANCE DU TRAITEMENT EN COURS

MOTIF DE LA VENUE CE JOUR :

Douleur ce jour : ☐ oui ☐ non **Si oui, préciser :**

La présence de mon aidant est indispensable : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelle aide : ☐ Réassurance ☐ Aide à la communication ☐ Aide à la compréhension
☐ Aide à la sécurisation ☐ Aide au transfert et/ou positionnement
☐ Autre :

Quel est votre handicap : ☐ Déficience intellectuelle ☐ Trisomie 21

☐ Handicap physique, préciser :

☐ Polyhandicap, préciser :

☐ Trouble du spectre de l'autisme ☐ Trouble Psychiatrique ☐ Handicap visuel ☐ Handicap auditif

☐ Autre :

Mes appareillages (lunettes, appareils auditifs, fauteuil roulant…) **:**

Troubles associés au handicap (hypersensibilité sensorielle, troubles cognitifs, troubles du comportement, de la communication, de la compréhension, de la mobilité, de l'alimentation…) **:**

Compétences (mode de communication, mode d'expression de l'anxiété, du bien-être, de l'accord/ désaccord, mobilité et transferts, capacité de compréhension…) **:**

Mode d'expression de la douleur :

Personnalisation des soins (ce qui m'angoisse, ce qui me fait peur, soins particuliers liés à mon handicap, ce qui me rassure, ce qui m'apaise, ce que j'apprécie, mes centres d'intérêts, mes rituels…) **:**