

# FICHE DE LIAISON

## PERSONNE VIVANT AVEC UN HANDICAP



Fiche remplie le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

**Nom :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**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

### COMMENT ALLER VERS LA PERSONNE ACCOMPAGNEE ?

- **Compétences de la personne (communication, compréhension, mobilité...) :**
  
- **Difficultés et précautions nécessaires (profil sensoriel, appareillage, alimentation...) :**
  
- **Rituels, comportements, centres d'intérêt, ce qui rassure... :**
  
- **Modes d'expression de la douleur :**

**MOTIF DE LA VENUE CE JOUR :**

**Douleur ce jour :**  oui  non

**Si douleur, préciser :**

**Quel est votre handicap ?**

**Troubles associés au handicap :**

**Antécédents :** ↪ **Médicaux :**

↪ **Chirurgicaux :**

**Allergies connues :**  oui  non

**Si allergies, préciser :**

**Addictions connues :**  oui  non

**Si addictions, préciser :**

**JOINDRE ORDONNANCE DU TRAITEMENT EN COURS**

**Volet de retour du patient (à remplir par le personnel soignant)**

**Ordonnance remise ce jour :**  oui  non

**Critères de surveillance :**

**Soins à réaliser :**

**Prochain RDV prévu + service :**

### **CONSENTEMENT DE L'USAGER**

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 l'utilisateur ou de son représentant légal :