

# FICHE DE LIAISON

## PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Nom : Prénom(s) :

Nom de naissance :

Date de Naissance :

Mesure de protection

Tutelle, Coordonnées :

Curatelle, Coordonnées :

*Il n'y a qu'en cas de mesure de protection de type « tutelle à la personne » ou « tutelle complète » et d'intervention programmée que l'autorisation est à solliciter. En cas d'urgence vitale et de prise en charge de la douleur (même en cas de mesure de protection), il n'y a pas d'autorisation à demander, seule la décision du médecin prévaut.*

Médecin traitant :

### CONSETEMENT DE L'USAGER

J'atteste avoir été informé 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 :

Fiche remplie par :

Date :

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

Personne à contacter dans l'établissement :

Coordonnées de la famille :

**En cas de sortie, prévenir**

**l'établissement n° tel :**

**la famille n° tel :**

### COMMENT ALLER VERS LA PERSONNE ACCOMPAGNEE ?

Compétences de la personne (communication, compréhension, mobilité.....) :

Précautions nécessaires (alimentation, appareillage, profil sensoriel...) :

Rituels, comportements, centres d'intérêt... :

Modes d'expression de la douleur :

MOTIF DE LA VENUE CE JOUR :

Douleur :  oui  non

Si douleur, préciser :

Diagnostic principal connu / type de handicap :

Troubles associés au Handicap :

Antécédents : ↪ Médicaux :

↪ Chirurgicaux :

Allergies connues :

Addictions connues :

***Ordonnance du médecin traitant en cours à joindre***

### Volet de retour du patient

Modification du traitement :

Critères de surveillance :

Soins à réaliser :

Prochain RDV prévu + service :