

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS HANDICONSULT



Handiconsult 05 - Centre de santé  
7 rue Grenette 05000 Gap

04 65 03 10 77

handiconsult.gap@fondationseltzer.fr

**Cette fiche de liaison doit être complétée et envoyée avant la consultation afin de permettre à l'équipe HANDICONSULT d'adapter l'accueil et l'accompagnement aux besoins de la personne.**

Le dispositif HANDICONSULT est destiné aux personnes en situation de handicap nécessitant un accueil spécialisé. Il n'a pas vocation à remplacer les suivis médicaux existants ou pouvant être réalisés en ville, mais à intervenir en complément lorsque les circuits de soins classiques montrent leurs limites.

## Identité du patient

- Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_
- Prénom(s) : \_\_\_\_\_
- Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_
- Sexe :  Féminin  Masculin
- Adresse : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_
- Protection juridique :  Aucune  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde  Habilitation Familiale
- Coordonnée du tuteur/ Représentant légal : \_\_\_\_\_

## Informations administratives

- Date de la demande : \_\_\_\_\_
- Structure / famille / professionnel demandeur : \_\_\_\_\_
- Adresse du demandeur : \_\_\_\_\_
- Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_
- Médecin traitant (nom + coordonnées) : \_\_\_\_\_
- Coordinateur / référent (nom + coordonnées) : \_\_\_\_\_
- Lieu de vie du patient (domicile / établissement) : \_\_\_\_\_

## Motif et consultation souhaitée

### • Motif de la consultation :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### • Consultation souhaitée :

Générale  Dentaire

Spécialiste : \_\_\_\_\_

## Personnes à contacter

### • Accompagnant le jour du soin :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### • Personne de confiance (facultatif) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Votre sélection sera prise en compte dans la limite des consultations disponibles sur le site. À défaut, l'équipe organisera une réorientation adaptée.

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS HANDICONSULT



Handiconsult 05 - Centre de santé

7 rue Grenette 05000 Gap

04 65 03 10 77

handiconsult.gap@fondationseltzer.fr

## Profil clinique

- Diagnostic principal : \_\_\_\_\_
- Pathologie(s) à l'origine du handicap : \_\_\_\_\_
- Type de handicap :  Trouble du Spectre Autistique/Trouble Neurodéveloppementaux
- Moteur  Sensoriel  Déficience intellectuelle  Psychique  Polyhandicap  Handicap rare
- Déficience intellectuelle :  Aucune  Légère  Modérée  Sévère
- Changements récents observés : \_\_\_\_\_

## Profil médical

- Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm
- Tension artérielles habituelle : \_\_\_\_\_
- Troubles de la déglutition :  Oui  Non
- Régime :  Normal  Mixé  Sans viande
- Allergies : \_\_\_\_\_
- Traitements en cours (joindre ordonnance) : \_\_\_\_\_
- Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_
- Antécédents chirurgicaux : \_\_\_\_\_

## Douleurs

- Capacité à exprimer la douleur :  Oui  Non
- Expression de la douleur (comportements, attitudes) : \_\_\_\_\_
- Echelle de douleur spécifique utilisée : \_\_\_\_\_

## Communication & Compréhension

- Mode de communication :  
 Verbal  Non verbal  Gestes  
 Pictogrammes  PECS\*  Langue des signes  
 Tablette  Vocalisations
- Compréhension :  Oui  Limitée  
 Non  Non évaluable
- Besoin d'un interprète :  Oui  Non  
Précisez : \_\_\_\_\_

## Comportements

- Agitation motrice :  Oui  Non
- Auto-agressivité :  Oui  Non
- Hétéro-agressivité :  Oui  Non
- Résistance au soin :  Oui  Non
- Déambulation :  Oui  Non
- Fugue :  Oui  Non

\* (Picture Exchange Communication System) ②

NOM PATIENT : \_\_\_\_\_

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS HANDICONSULT



Handiconsult 05 - Centre de santé  
7 rue Grenette 05000 Gap  
04 65 03 10 77  
handiconsult.gap@fondationseltzer.fr

## Astuces et accompagnements efficaces

- Attitudes à adopter : \_\_\_\_\_
- Attitudes à éviter : \_\_\_\_\_
- Objet rassurant / renforçateur : \_\_\_\_\_
- Rendez-vous d'habitude - Souhaité :  Oui  Non / Réalisé :  Oui  Non
- Port de la blouse :  Toléré  A éviter

## Mobilité / Autonomie

- Autonomie Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) :  Oui  Partielle  Non
- Déplacement :  Autonome  Avec aide humaine  Avec aide technique  Non déambulante
- Aides techniques :  Canne(s)  Déambulateur  Fauteuil manuel  Fauteuil électrique
- Autre : \_\_\_\_\_
- Mobilité / appui lors des transferts :  Oui  Non

## Autres aptitudes fonctionnelles

Non renseigné

### Le patient peut :

- Rester allongé pour un examen
- Rester immobile quelques minutes
- Maintenir une position prolongée
- Ouvrir la bouche pour un examen
- Suivre une consigne motrice simple
- Bouger sur demande (lever le bras, tourner la tête, etc.)
- Collaborer pour une prise de tension / saturation
- Collaborer pour une prise de sang
- Rester dans une salle d'attente
- Rester dans un  espace clos /  lumineux /  bruyant
- Supporter un examen tactile (palpations, appui, contact)
- Utiliser un fauteuil d'examen / table d'examen

## Difficultés antérieures lors de soins

- Examens difficiles / impossibles (prise de sang, radio...) : \_\_\_\_\_
- Réactions observées :  Agitation  Fuite
- Opposition  Angoisses  Automutilation
- Autres : \_\_\_\_\_

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS HANDICONSULT



Handiconsult 05 - Centre de santé

7 rue Grenette 05000 Gap

04 65 03 10 77

handiconsult.gap@fondationseltzer.fr

## Sédation / anxiolyse

- Prémédication :  Oui  Non Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_
- MEOPA (mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote) :
  - Déjà utilisé :  Oui  Non Familiarisé :  Oui  Non Bien toléré :  Oui  Non
- Midazolam / Hypnovel (hors AMM) :
  - Déjà utilisé :  Oui  Non Bien toléré :  Oui  Non

## Pièces à fournir

- Carte d'identité du patient ET du tuteur/représentant légal
- Attestation de sécurité sociale
- Carte mutuelle
- Carnet de santé (enfant) et de vaccination
- Ordonnances / bilans / imageries
- Documents antérieurs de la structure
- Fiche de renseignement complétée

## AUTORISATION DE SOINS OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) NOM, PRENOM.....AGISSANT  
POUR LUI-MEME OU EN QUALITE DE RESPONSABLE LEGAL (père, mère ou tuteur) autorise la  
dispensation de soins et/ou examens médicaux dans le cadre du dispositif HANDICONSULT  
(équipe mobile, consultations dédiées, hôpitaux de jour) :

- J'autorise l'**utilisation du MEOPA** (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'azote) : **Oui**  **Non**
- J'autorise l'**utilisation du MIDAZOLAM / HYPNOVEL** par voie orale ou intra rectale (Hors AMM) ou intra nasale (AMM) : **Oui**  **Non**
- J'autorise que les **documents de sortie** soient remis à la structure (compte-rendu, ordonnances de sortie, prochains rdv) : **Oui**  **Non**

Fait à ....., le .....

Signature obligatoire du patient ou du représentant légal :

Conformément au Code de la santé publique (art. R.1112-35 et L.1111-4) et au Code civil (art. 459), lorsque la personne est mineure ou fait l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle/curatelle), l'autorisation et/ou les coordonnées du représentant légal sont demandées, le cas échéant, pour la réalisation des soins.

Les données recueillies sont strictement nécessaires à l'organisation et à la réalisation des soins et sont traitées de manière confidentielle et sécurisée, conformément au RGPD (art. 5, 9 et 13) et au secret médical (CSP, art. L1110-4).