

Cet outil vise à faciliter la communication d'informations afin d'assurer une prise en charge dans la continuité de votre domicile ou de votre lieu de vie.

Identification du handicap



Avez-vous désigné **une personne de confiance\*** oui  non  si oui : Nom/Tél : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Avez-vous formulé **des directives anticipées\*\*** oui  non

*\*La personne de confiance n'est pas la personne à prévenir, c'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté*

*\*\* Les directives anticipées sont une déclaration écrite précisant vos souhaits concernant votre fin de vie.*

Identification du patient

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_ cm

Tél : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Personne à contacter (coordonnées) : \_\_\_\_\_ Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Curatelle :  Tutelle :  Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Diagnostic ou antécédents principaux

Suivi médical au CHM : oui  non  si oui nom(s) du ou des médecins/spécialité(s) : \_\_\_\_\_

Allergie(s) et autre(s) contre-indication(s) : \_\_\_\_\_

Accompagnement par un aidant pendant votre hospitalisation : oui  non  Jour  Nuit  (lit accompagnant)

Matériel à mettre en place dès votre arrivée si besoin (matelas à air, sonnette adaptée...) : \_\_\_\_\_

Comment exprimez-vous votre douleur ?

Pleurs  Verbalement  Cris  Agitation  Autre : \_\_\_\_\_

## Communication

Avez-vous des difficultés à vous exprimer ? oui  non

Si besoin de support ou d'aide, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Comportement

Vous arrive-t-il d'avoir des troubles du comportement ? oui  non

Si oui, quels sont les facteurs déclenchants et comment y remédier ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Mobilité : transfert, déplacement

Avez-vous besoin d'aide (humaine ou technique) pour vous déplacer, pour vos transferts ? oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Respiration

Avez-vous des difficultés respiratoires : oui  non

Si oui, nécessitent-elles un dispositif particulier ? Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Alimentation

Avez-vous besoin d'une hydratation ou d'une alimentation adaptée ? oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

## Toilette/soins du corps

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins d'hygiène ? oui  non

Si oui, précisez (aide humaine, aide matérielle...) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Elimination

Avez-vous des difficultés ou particularités d'élimination      urinaire oui  non       fécale oui  non

Si, oui précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Soins courants, commentaires complémentaires

Souhaitez-vous nous apporter des informations complémentaires?

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

**Merci d'apporter vos ordonnances et traitements pour 24h ou tout dispositif nécessaire à votre prise en charge.**

Si besoin, vous pouvez contacter le dispositif handi-patient au 02/44/71/03/05 ou à [handipatient@ch-lemans.fr](mailto:handipatient@ch-lemans.fr)

Document renseigné le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ par : Nom/Prénom/Qualité \_\_\_\_\_