

Nom.....Prénom.....

Un accueil ou un séjour adapté à mon handicap



**Je peux renseigner ce carnet de liaison
et/ou le faire compléter par mes proches,
mon médecin, mon établissement...**

Date Mise à jour	Renseigné par	Qualité



Élaboré par le réseau associatif de Loir-et-Cher



Je suis :



Et plus précisément.....

Je suis sous mesure de protection : ☐ Non ☐ Oui (compléter page 2)

Points de vigilance me concernant :

D.M.P. ouvert : ☐ Non ☐ Oui

Page 2 : Identification – Mesures de Protection – Mesures Personnelles

Page 3 : Référents Médicaux et Paramédicaux – Traitements – Douleurs

Page 4 : Raideur Mouvements anormaux - Communication – Relation

Page 5 : Vie Psychique - Mobilité

Page 6 : Alimentation - Respiration – Sommeil

Page 7 : Elimination - Toilette Hygiène

IDENTIFICATION

NOM.....

Prénom.....

NOM de jeune fille pour les femmes mariées.....

Date de naissance.....

Adresse.....

Numéro de téléphone.....

Numéro de Sécurité Sociale /...../...../...../...../...../...../ /...../

Personne(s) à contacter :

1) Nom – prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien : (famille, tuteur, personne de confiance, établissement.....)

.....

2) Nom – prénom.....

Adresse.....

Téléphone.....

Lien : (famille, tuteur, personne de confiance, établissement.....)

.....

MESURE DE PROTECTION

Sous tutelle : ☐

Sous curatelle : ☐

Sauvegarde de justice : ☐

Autre.....

Nom – prénom du tuteur ou curateur :.....

Adresse.....

Téléphone.....

MESURES PERSONNELLES

Directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non

Don d'organe ou autres : ☐ Oui ☐ Non

RÉFÉRENTS MÉDICAUX et/ou PARAMÉDICAUX

(Précisez nom et coordonnées téléphoniques)

- Médecin traitant.....
- Médecins spécialistes.....
- Infirmier(ère).....
- Kinésithérapeute.....
- Maintien à domicile.....
- Établissement médico-social (si la personne réside en établissement)
.....
- Médecin coordinateur.....
- Transport aménagé.....
- Autres.....

TRAITEMENTS

Joindre les ordonnances en cours

Allergie.....

Intolérance.....

DOULEURS

Moyens d'expression et de soulagement de la douleur :

Attitudes qui expriment la douleur :

.....

Les « petits moyens » qui peuvent aider à soulager ma douleur :

.....

.....

Les gestes ou attitudes que je dois éviter :

.....

Douleur récurrentes ou chroniques :

.....

RAIDEUR OU MOUVEMENTS ANORMAUX

☐ OUI ☐ NON <u>Description</u>..... ☐ Très gênant ☐ Gênant ☐ Modéré	Aide technique (Pompe liorésal, installation particulière...) :
--	--

COMMUNICATION – RELATION Activités de la vie quotidienne	<u>Aide technique utilisée au quotidien</u>																											
<u>Langue usuelle</u>..... <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Oui</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parle</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Difficulté d'élocution</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Comprends</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Écris</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Lis</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>Lis sur les lèvres</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table> Difficultés particulières avec l'autre <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Contact</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">☐</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">☐</td> </tr> <tr> <td>Touché</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table> Autres..... Remarques <u>Audition</u> : J'ai une surdité : ☐ légère ☐ moyenne ☐ sévère ☐ profonde <u>Vision</u> : ☐ Non voyant ☐ Malvoyant ☐ Autres.....		Oui	Non	Parle	☐	☐	Difficulté d'élocution	☐	☐	Comprends	☐	☐	Écris	☐	☐	Lis	☐	☐	Lis sur les lèvres	☐	☐	Contact	☐	☐	Touché	☐	☐	J'utilise : ☐ Un téléphone ☐ SMS ☐ Un ordinateur ☐ LPC ☐ Méthode MAKATON ☐ Pictogrammes ☐ Tableau alphabétique ☐ Commande vocale à distance ☐ Synthèse vocale ☐ Tourne page ☐ Pupitre ☐ Autres..... ☐ Appareillage droit ☐ Appareillage gauche ☐ Appareillage bilatéral Quel type d'appareillage ? : ☐ Lunettes ☐ Lentilles de contact ☐ Autres.....
	Oui	Non																										
Parle	☐	☐																										
Difficulté d'élocution	☐	☐																										
Comprends	☐	☐																										
Écris	☐	☐																										
Lis	☐	☐																										
Lis sur les lèvres	☐	☐																										
Contact	☐	☐																										
Touché	☐	☐																										

VIE PSYCHIQUE

	Oui	Non
Participation	☐	☐
Agitation	☐	☐
Replié sur moi-même	☐	☐
Risque de fugue	☐	☐
Auto-agressivité	☐	☐
Remarques, précisions.....		
.....		

MOBILITÉ

Activités de la vie quotidienne Transfert - Déplacement	BESOIN AIDE			Aide technique utilisée au quotidien
	Non	Partielle	Totale	
Passer du lit au fauteuil	☐	☐	☐	☐ Lit médicalisé ☐ Potence ☐ Lève malade
Passer du fauteuil au WC	☐	☐	☐	Posture..... Durée..... Rythme des postures.....
Passer du fauteuil à une chaise	☐	☐	☐	<u>Chaise :</u> ☐ Normale ☐ Spéciale ☐ Canne ☐ Déambulateur ☐ Véhicule adapté
Passer du fauteuil au lit	☐	☐	☐	<u>Fauteuil roulant :</u> ☐ Manuel ☐ Électrique ☐ Déplacement à l'aide des pieds
Se relever en position assise	☐	☐	☐	<u>Possibilité de transférer le fauteuil à l'hôpital :</u> ☐ Oui ☐ Non
Se déplacer	☐	☐	☐	<u>Appareillage des membres et/ou du corps :</u> ☐ Oui ☐ Non
Monter des escaliers	☐	☐	☐	Autres.....
Propulser un fauteuil	☐	☐	☐	

ALIMENTATION

	BESOIN AIDE			
	Non	Partielle	Totale	
Préparation des aliments (couper éplucher, ouvrir un pot)	☐	☐	☐	Position particulière pour le repas.....
Prise de repas : Manger/boire	☐	☐	☐	
Prise de médicaments	☐	☐	☐	
<u>Régime</u> : ☐ Mixé ☐ haché ☐ sans sel ☐ diabétique ☐ Autre.....				☐ Verre adapté ☐ Couvert adapté ☐ Assiette adapté
Ce que je n'aime absolument pas.....				<u>Risque de faire fausse route</u> :
Allergies, contre-indications.....				☐ Oui ☐ Non
				<u>Sonde gastrique</u> : ☐ Oui ☐ Non

RESPIRATION

DISPOSITIFS MEDICAUX ET/OU AIDE TECHNIQUE UTILISES AU QUOTIDIEN	
<u>Difficulté à respirer</u> : ☐ Oui ☐ Non <u>Trachéotomie</u> : ☐ Oui ☐ Non <u>Si trachéotomie</u> : ☐ Aspiration avec aide partielle ☐ Aspiration avec aide totale	☐ Oxygène ☐ <u>Respirateur</u> : ☐ Intermittent ☐ Permanent <u>Secours électrique en cas de coupure</u> : ☐ Oui ☐ Non ☐ Aspirateur

SOMMEIL

<u>Difficulté du sommeil</u> : ☐ Oui ☐ Non <u>Aide au changement de position</u> : ☐ Oui ☐ Non Position de sommeil.....	<u>Si besoin de protection</u> (barrières de lit...) : Préciser : Rites particuliers pour le sommeil : Autres :
---	--

ÉLIMINATION

	Oui	Non	
<u>Incontinence urinaire</u> :	☐	☐	<u>WC adaptés</u> : ☐ Oui ☐ Non
<u>Incontinence anale</u> :	☐	☐	<u>Poches anus artificiel</u> :
			☐ Oui ☐ Non
<u>Constipation chronique</u> :	☐	☐	<u>Programme rééducation urinaire</u> :
			☐ Oui ☐ Non
<u>Aide pour uriner</u> <u>ou aller à la selle</u> :	☐	☐	<u>Sonde</u> : ☐ Oui ☐ Non
<u>Protection</u> :	☐	☐	(Précisez).....
			☐ Cathéter sous pubien
			☐ Étui pénien
			Autres.....
			<u>Protection</u> : ☐ de jour ☐ de nuit
			☐ change complet

TOILETTE - HYGIENE

	BESOIN AIDE			
	Non	Partielle	Totale	
<u>Habillage / Déshabillage</u> :	☐	☐	☐	☐ Escarres :
<u>Toilette du corps</u> :	☐	☐	☐	☐ Matelas spécifique
<u>Soins d'apparence</u> :	☐	☐	☐	☐ Coussins
Visage, dents, rasage, coiffure				Soins spécifiques (dont pansements)
				
<u>Toilette habituelle</u> :				
☐ Bain ☐ Douche ☐ Lavabo				<u>Rasage</u> :
				☐ Électrique ☐ Mécanique
				☐ Salle de bain adapté
				☐ Chariot douche
				☐ Lève personne

Une fois votre carnet de liaison complété, pensez à l'enregistrer avant de fermer cette page.
 Conservez ensuite ce document toujours avec vous pour faciliter votre prise en charge,
 pour cela vous pouvez le déposer sur Mon espace santé, le carnet de santé numérique et sécurisé.