

## FICHE DE LIAISON DOMICILE - HOPITAL POUR FACILITER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES

Date : .....

Fiche remplie par : .....

Ce document de liaison accompagne la personne lors des différents séjours hospitaliers et assure le suivi et la continuité de la vie quotidienne.

Cette fiche a pour objectif l'amélioration de la prise en charge de la personne handicapée :

- Faciliter l'hospitalisation : bien connaître dès l'arrivée à l'hôpital les besoins spécifiques pour anticiper les moyens techniques ou humains à mettre en œuvre.
- Identifier les différents acteurs ou référents intervenant dans la prise en charge de la personne.

Type de handicap :  moteur,  psychique,  mental,  sensoriel :  Audition  
 Vision  
 Parole

### IDENTIFICATION

NOM ..... Prénom .....

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

Date de naissance .....

Adresse .....

Numéro de téléphone .....

Personne(s) à contacter :

1) Nom – prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Lien .....

2) Nom – prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Lien .....

Personne de confiance :

Nom – prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Lien .....

### ENVIRONNEMENT FAMILIAL OU AUTRE :

Présence quotidienne de la famille :  de jour  de nuit

Personne sous tutelle :  oui  non

Personne sous curatelle :  oui  non

Si oui, indiquer :

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

Adresse .....

Téléphone .....

## REFERENTS préciser le nom et les coordonnées téléphoniques

- Médecin traitant .....
- Médecins spécialistes .....
- Infirmier(e) .....
- Kinésithérapeute.....
- Maintien à domicile (association ou personne) .....
- Autre(s) .....
- Etablissement médico-social (si la personne réside en établissement).....
- .....
- Médecin coordonnateur ou médecin référent de l'établissement où réside la personne .....
- .....

Transport aménagé. Si oui préciser le ou les transporteur(s) sanitaire(s) habituel(s) :  
.....

## TRAITEMENTS => Joindre la ou les ordonnances en cours

Allergie .....

Intolérance .....

## BESOINS DE LA PERSONNE

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
MOBILITE – TRANSFERT- DEPLACEMENT			
	Besoin d'aide partielle	Besoin d'aide totale	
Passer du lit au fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé, <input type="checkbox"/> Potence, <input type="checkbox"/> Lève malade  <u>Posture</u> ..... Durée ..... Rythme des postures .....  <u>Chaise</u> : <input type="checkbox"/> normale, <input type="checkbox"/> spéciale  <input type="checkbox"/> Canne, <input type="checkbox"/> Déambulateur, <input type="checkbox"/> Flèche  <input type="checkbox"/> Véhicule adapté  <u>Fauteuil roulant</u> : <input type="checkbox"/> manuel, <input type="checkbox"/> déplacement à l'aide des pieds, <input type="checkbox"/> électrique Possibilité de transférer le fauteuil à l'hôpital : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  <u>Appareillage</u> : à préciser ..... Qui assure l'installation ? ..... Horaire d'installation : ..... Durée de l'appareillage : .....  <u>Autre</u> : .....
Passer du fauteuil au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passer du fauteuil à une chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passer du fauteuil au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se relever de la position assise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se déplacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monter des escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Propulser un fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appareillage des membres et/ou du corps	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON</b> <input type="checkbox"/>	

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique Utilisés au quotidien	
<b>COMMUNICATION/ RELATIONS</b>				
	<b>OUI</b>	<b>NON</b>		
Peut parler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Utilise :</u>	
Difficulté de compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> un code (pictogramme)	
Difficulté d'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> un tableau alphabétique	
Peut lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> une commande vocale à distance	
Peut écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> une synthèse vocale	
Peut lire sur les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ordinateur	
Utilise le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SMS	
Difficulté de communication avec l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tourne page, <input type="checkbox"/> Pupitre,	
Difficultés particulières dans la relation avec l'autre (contact, toucher...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Téléphone main libre, <input type="checkbox"/> Autre : .....	
			Remarques, précisions : .....	
			.....	
			.....	
<b>ALIMENTATION</b>				
	<b>Besoin d'aide partielle</b>	<b>Besoin d'aide totale</b>		
Préparation des aliments (couper, éplucher, ouvrir un pot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verre adapté, <input type="checkbox"/> couvert adapté,	
Prise de repas : manger/ boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Assiette adaptée	
Prise de médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Risque de fausse route :</u> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Régime : <input type="checkbox"/> mixé, <input type="checkbox"/> haché, <input type="checkbox"/> diabétique, <input type="checkbox"/> sans sel, <input type="checkbox"/> autre : .....			Allergie(s) alimentaire(s) : .....	
Position particulière pour le repas : ..... ..... ...			Dégoûts pour certains aliments, lesquels : .....	
			.....	
			<u>Sonde :</u>	
			<input type="checkbox"/> gastrique, <input type="checkbox"/> jéjunostomie, <input type="checkbox"/> gastrostomie	
			Type de sonde	
			N° sonde /___/	
			<input type="checkbox"/> par nutripompe, <input type="checkbox"/> par gravité,	
			Joindre la prescription pour les quantités, débits et horaires.	
			Autre : .....	
<b>TOILETTE-HYGIENE</b>				
	<b>Besoin d'aide partielle</b>	<b>Besoin d'aide totale</b>		
Soins d'apparence : visage, dents, coiffure, rasage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Salle de bain adaptée, <input type="checkbox"/> Chariot douche	
Toilette du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lève malade	
Habillage - déshabillage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rasage : <input type="checkbox"/> électrique, <input type="checkbox"/> mécanique	
Toilette habituelle : <input type="checkbox"/> bain <input type="checkbox"/> douche <input type="checkbox"/> lavabo			<u>Soins spécifiques (dont pansements) :</u>	
			.....	
			.....	
			<u>Escarres :</u>	
			<input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> Coussins	

Activités de la vie quotidienne			Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
<b>ELIMINATION</b>			
	OUI	NON	
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> WC adaptés, <input type="checkbox"/> Poche anus artificiel
Incontinence anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Existence d'un programme de rééducation urinaire :</u> .....
Constipation chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Protection :</u> <input type="checkbox"/> de jour, <input type="checkbox"/> de nuit <input type="checkbox"/> protection, <input type="checkbox"/> change complet
Aide pour uriner ou pour aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Sonde :</u> <input type="checkbox"/> sonde à demeure, <input type="checkbox"/> sondage itératif, <input type="checkbox"/> auto sondage, <input type="checkbox"/> urérostomie N° de la sonde /_/ / date de pose /_____/
Protection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cathéter sus pubien, <input type="checkbox"/> Etui pénien  <u>Autre :</u> .....
<b>SOMMEIL</b>			
	OUI	NON	
Difficulté de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> besoin de protection (barrières de lit...) Préciser : .....
Changements de position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rites particuliers pour le sommeil : ..... .....
Position de sommeil : .....			<u>Autre :</u> ..... .....

**Éléments complémentaires à renseigner si nécessaire.**

LA DOULEUR
<b>Moyens d'expression et de soulagement de la douleur :</b> Attitudes qui expriment la douleur : ..... Les « petits moyens » qui peuvent aider à soulager la douleur : ..... ..... Les gestes ou attitudes à éviter : ..... Traitements médicamenteux ou autre auxquels la personne est particulièrement sensible (positionnement, massages..) : ..... ..... Quels sont les signes d'apaisement : ..... ..... <b>Douleurs récurrentes ou chroniques :</b> .....

RESPIRATION	Dispositifs médicaux et/ou aide technique utilisés au quotidien
<p>Difficultés à respirer : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Trachéotomie : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si trachéotomie :</p> <p><input type="checkbox"/> aspiration avec aide partielle</p> <p><input type="checkbox"/> aspiration avec aide totale</p>	<p><input type="checkbox"/> Oxygène (O2) débit : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Respirateur :</p> <p><input type="checkbox"/> intermittent <input type="checkbox"/> permanent</p> <p>réglages .....</p> <p>horaires .....</p> <p><input type="checkbox"/> Secours électrique en cas de coupure</p> <p>Si oui, durée de fonctionnement de la batterie de secours : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Aspirateur</p> <p>Canule : type .....</p> <p>N° /___/ Rythme de changement /___/</p>
ETAT SENSORIEL	
<p>Audition : <input type="checkbox"/> Surdité totale <input type="checkbox"/> Surdité partielle</p> <p>Vision : <input type="checkbox"/> Aveugle <input type="checkbox"/> Amblyope</p> <p>Autre : .....</p>	<p>Audition :</p> <p><input type="checkbox"/> Appareillage droit, <input type="checkbox"/> Appareillage gauche,</p> <p><input type="checkbox"/> Appareillage total</p> <p>Vision :</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes, <input type="checkbox"/> Lentilles de contact,</p> <p><input type="checkbox"/> Aide technique (précisez) : .....</p> <p>.....</p> <p>Description : .....</p> <p>.....</p>
RAIDEUR OU MOUVEMENTS ANORMAUX	
<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Description : .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Très gênant <input type="checkbox"/> Gênant <input type="checkbox"/> Modéré</p>	<p><input type="checkbox"/> Pompe lior�sal</p> <p><input type="checkbox"/> Installation particulière : .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Technique particulière de décontraction : .....</p> <p>.....</p>

**ACTIVITES, LOISIRS, DISTRACTIONS :** .....

.....

.....

.....

.....

**REMARQUES :** .....

.....

.....

.....

.....

Les rédacteurs de cette fiche se sont inspirés du document « Fiche de liaison vie quotidienne des adultes et enfants handicapés dépendants » réalisé par l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Mentions légales :

- Loi n  78-17 du 6 janvier 1978 dite FOYER relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- Loi n  2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n  2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n  78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

## Comment renseigner la fiche de liaison domicile/hôpital ?

Elle est renseignée par vous-même ou vos aidants habituels. Elle peut également être renseignée directement dans l'établissement de santé au moment de votre admission.

Les rubriques « identification, environnement familial ou autre, référents, traitements » sont à remplir. S'agissant de la partie « besoins des personnes », seules les données concernant votre handicap sont à compléter. Il vous est possible de renseigner, si besoin est, ces informations en remplissant le cadre de droite, qui est facultatif.

## Comment utiliser la fiche de liaison domicile/hôpital ?

La fiche est remise au moment de l'arrivée dans un établissement de santé (urgences ou tout autre service), sur la base du volontariat : elle n'est pas obligatoire, mais conseillée afin de mieux vous accueillir et vous prendre en charge en tenant compte de votre handicap.

Lors de l'admission, une copie de la fiche de liaison sera effectuée : elle accompagnera votre dossier médical dans tous les services dans lesquels vous serez pris en charge durant votre séjour hospitalier, l'original vous étant rendu immédiatement.

La fiche de liaison est confidentielle et ne sera consultée que par les services des établissements de santé.

## Comment se procurer la fiche de liaison domicile/hôpital ?

- en téléchargement sur les sites internet :
  - <http://dd36.blogs.apf.asso.fr>
  - [www.uriopss-centre.asso.fr](http://www.uriopss-centre.asso.fr)
  - [www.ch-chateauroux.fr](http://www.ch-chateauroux.fr) (rubriques « votre séjour »/ « votre entrée »)
  - [www.indre.fr](http://www.indre.fr) (rubriques « solidarité »/ « handicap »)
- à disposition en exemplaire papier :
  - Dans les établissements de santé
  - A la Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.)
  - Dans les établissements et services spécialisés dans l'accueil des personnes handicapées