

DISPOSITIF
HANDIGHAT



Dossier Ville-Hôpital

Ce classeur a pour objectif d'organiser les documents médicaux et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée par une continuité de l'information.

Ce fichier est à compléter par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant.

Il est à remettre au service qui va vous prendre en charge.

À COMPLÉTER AVEC UN PROCHE OU UN AIDANT SI BESOIN

Si information importante la rendre visible (fluo, encre rouge, sigle...)



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

DISPOSITIF
HANDIGHAT



Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Ce dossier a pour objectif de faciliter l'hospitalisation et d'améliorer la prise en charge de la personne handicapée par une continuité de l'information.

Ce document est à renseigner par le patient et/ou la famille et/ou la structure d'accueil et/ou le médecin traitant.

Il est à remettre au service d'urgence qui va vous prendre en charge.

À COMPLÉTER AVEC UN PROCHE OU UN AIDANT SI BESOIN

Si information importante la rendre visible (fluo, encre rouge, sigle...)



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

IDENTIFICATION DU PATIENT

Le patient

NOM :

Prénom :

Date de Naissance : __ / __ / __

Adresse :
.....

Code Postal : Ville :

Etablissement :

Représentant légal de la personne

Famille Mandataire (tuteur ou curateur)

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :
.....

(joindre l'extrait de décision de jugement)

Personne à contacter

Nom :

Prénom :

Adresse :
.....

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mobile :

Si structure, numéro de téléphone la nuit :

.....

Référents

Médecin traitant :
.....

Médecin de l'établissement ou du service
adresseur :
.....

Référent du projet personnalisé au sein de
l'institution – domicile :
.....

Médecin(s) du service hospitalier :
.....

.....

Pharmacie :
.....

Téléphone :

Fax :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Identification de la personne de confiance

Nom :

Tel :

Contexte familiale et social

.....
.....
.....

Directives anticipées

- OUI (à joindre au dossier) NON

ÉVALUATION MÉDICALE

Date :

Poids :

Taille :

Pathologie (s) principale (s) :

.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents personnels :

Médicaux :

.....
.....

Psychiatriques :

.....
.....

Chirurgicaux :

.....
.....

Régime :

.....

Addiction (s) :

Alcool Tabac

Autres :

.....

ÉVALUATION MÉDICALE

Allergie :

.....
.....

Autres/contre-indications :

.....
.....

Vaccinations :

.....
.....

Traitements :

.....
.....
.....
.....
.....

(Joindre les prescriptions)

ÉVALUATION DES BESOINS

Evaluation des besoins fondamentaux

Cohérence (converser et ou se comporter de façon sensée, adaptée) :

- Normale Partiellement perturbée Totalement perturbée
 Démence diagnostiquée

Orientation dans le temps et dans l'espace :

- Normale Orientation avec aide Désorientation Episodique
 Désorientation totale

Humeur, comportement :

- Normale Apathie, Dépression Agitation, Agressivité Cris
 Fugue Risque de fugue

Commentaires :

.....

Soins d'hygiène et de confort :

- Seul (haut et ou bas) Aide (haut et/ou bas) Dépendance totale

Commentaires :

.....

Alimentation / Hydratation :

- Seul Aide Assistance Totale Trouble de la déglutition

Régime particulier :

.....

Elimination :

- Continence urinaire et fécale Incontinence occasionnelle (jour / nuit)
 Incontinence totale

ÉVALUATION DES BESOINS

Locomotion :

Adaptée Déambulation inadaptée Chutes fréquentes

Transfert (lit/ fauteuil) :

Autonome Avec aide Dépendant

Déplacement à l'intérieur :

Autonome Avec aide d'une personne Avec canne ou déambulateur
 En fauteuil roulant Grabataire

Déplacement en extérieur :

Fait seul Avec aide Ne fait pas

Communication à distance (téléphone, sonnette, alarme) :

Fait seul Avec aide Ne fait pas

Douleur :

• Physique : Oui Non

Localisation :

.....

• Morale (anxiété, pleurs, dépression...) : Oui Non

ÉVALUATION DES SOINS TECHNIQUES INFIRMIERS

Pansements :

Nombre :

Localisation :
.....

Soins d'ulcère Soins d'escarre Pansements divers

Protocole utilisé :
.....

Sondes :

Sonde à oxygène Sonde nasogastrique Sonde de trachéotomie Sonde urinaire

Numéro de sonde :

Stomies :

Urétérostomie Colostomie Gastrostomie

Numéro de stomie :

Appareillage divers :

Pace maker (+ livret) Chambre implantable Prothèse

Orthèse

Appareillage ventilatoire (VNI,CPAP...) Autres :

Prothèses mobiles

• Prothèses dentaires :

Haut Bas Bilatérale

• Prothèses auditives :

Droite Gauche Bilatérale

Lunettes

Autres :

DISPOSITIF
HANDIGHAT



MON SUIVI MÉDICAL



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....



Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....



Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....

Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....



Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....



Le __ / __ / __

J'ai vu le Docteur :

.....

Ce qu'il faut retenir :

.....

.....

.....

DISPOSITIF

HANDIGHAT



MES RENDEZ-VOUS



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

Le __ / __ / __

Docteur :

Lieu :

DISPOSITIF

HANDIGHAT



MES COURRIERS MÉDICAUX



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

DISPOSITIF
HANDIGHAT



MES EXAMENS

BILAN SANGUIN, COMPTE RENDU D'IMAGERIE, ...



Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

DISPOSITIF
HANDIGHAT



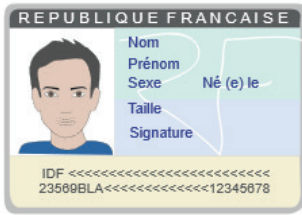
**MES
ORDONNANCES**



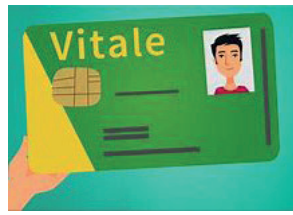
Groupe Hospitalier
Artois-Ternois

CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS

CE QUE JE DOIS APPORTER LE JOUR DE MA CONSULTATION ET/OU POUR TOUTE ADMISSION À L'HÔPITAL



Ma carte d'identité



Ma carte vitale



Mon carnet de santé



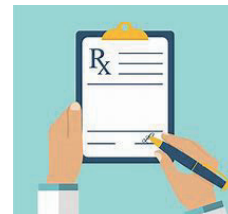
Ma carte de mutuelle



Un chéquier ou de l'argent ou une carte bancaire si besoin



Le courrier du médecin traitant
ou non si urgence



Ma dernière ordonnance



Mon nécessaire de toilette et mes médicaments si une hospitalisation est prévue.

J'ÉVALUE MA DOULEUR

Échelle pédiatrique



Échelle numérique adulte et pédiatrique

Douleur au moment présent										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Douleur habituelle depuis les 8 derniers jours										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10