

## Identité

Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....

## Lieu de vie (adresse)

Domicile : .....  
.....  
.....  
 Etablissement sanitaire : .....  
.....  
.....  
 Etablissement médico-social : .....  
.....  
.....

## Consultation

Dentaire →  Contrôle/détartrage ou  Soins ou  Prothèses  
 Gynécologie  
 Echographie – Radiologie  
 O.R.L (Page 3\* à compléter par un médecin)  
Motif : .....  
 Visite blanche (découverte des lieux, des visages, du matériel, sans les soins)

## Motif de recours à HandiConsult34

Echec architectural (difficulté d'accès au lieu de soin)  
 Echec matériel (inadaptation des matériels d'examen ou de soins)  
 Echec des soins entrepris (réalisation incomplète des soins)  
 Echec par expérience (ressenti, appréhension, renoncement aux soins)  
 Refus de prise en charge (par un praticien ou un établissement)  
 Autre

## Dernière consultation

Il y a moins d'un an  
 Entre 1 et 5 ans  
 Entre 5 et 10 ans  
 Plus de 10 ans  
 Jamais  
 Ne sait pas

1/3

## La cause de votre handicap et les diagnostics associés

.....  
.....  
 Affection longue durée (ALD, prise en charge 100%)

## Handicap (plusieurs réponses possibles) :

Moteur : .....  Cognitif (Intellectuel)  
 Polyhandicap  Troubles du spectre autistique (TSA)  
 Psychique  Visuel  Auditif  
 Etat de conscience modifié (EVC-EPR)

Autres maladies chroniques : .....  
 Diabète  Pathologie cardiaque  Epilepsie  
 Traitement anticoagulant  
 Contraceptif : .....

Poids : .....

Taille : .....

## Appareillage

Fauteuil roulant manuel  Fauteuil roulant électrique  
 Mon fauteuil est réglable en hauteur  
 Prothèse(s) :  Auditive  Dentaire  Autre  
 Respirateur  Trachéotomie  
 Sonde urinaire  Colostomie  Gastrostomie  
 Autres : .....  
.....

## Allergies

.....  
.....  
 Pas d'allergies connues



**Statut juridique**

- Pas de mesure de protection    Tutelle  
 Curatelle simple    Curatelle renforcée  
 Sauvegarde de justice    Mineur émancipé

**Représentant légal**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Téléphone : .....  
 Mail : .....

Orale

**Communication**

- Limitée  
 Synthèse vocale

Code ou pictogramme

Langue des signes

Autres/commentaires : .....

**Compréhension**

- Normale  
 Nulle

Non évaluable

Limitée

Autres/commentaires : .....

**Désorientation**

- Temporelle  
 Spatiale  
 Non évaluable

**Votre régime alimentaire :**

Texture solides :  Normale  Enrobée  Hachée  Mastiquée  Mixée  Moulinée  Sans aliments à peau  Sans dispersibles

Textures liquides :  Normale  Gélifiée  Gazeux  Froid  Chaud

Ce que vous n'aimez pas : .....

Fausses route : .....

**Personnalisation :**

Ambiance sonore : .....

Ambiance lumineuse :  Très lumineuse  Modérée  Tamisée

Vous apportez votre objet transitionnel (doudou...)

Prévoir sédation consciente (MEOPA)

**Vos phobies :** .....

**Informations complémentaires : (Ecrivez ici les informations qui vous semble importantes et que vous souhaitez portez à notre connaissance)**

**La personne qui vous accompagne le jour de votre consultation :**

Nom : .....

Prénom : .....

Intervient en tant que : .....

Structure : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**La personne qui a complété ce document :**

Date : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Intervient en tant que : .....

Structure : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

**\*ANNEXE A COMPLETER POUR UNE ORIENTATION ORL**

Médecin traitant de :

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Le ...../...../..... à .....

Cher confrère(e),

Permettez-moi de vous adresser le patient susnommé, pour une consultation spécialisée Oto-rhino-laryngologique ayant pour motif :

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

Confraternellement

*(Signature et tampon du médecin orienteur)*Statut infectieux du patient :  BMR/  BHRPartie à remplir pour tout patient devant subir un **geste endoscopique invasif** :

**PATIENT NI SUSPECT, NI ATTEINT** : Patient ne présentant pas de trouble neurologique, intellectuel ou psychiatrique sans diagnostic posé.

**PATIENT SUSPECT OU ATTEINT** : Patient présentant au moins un signe neurologique associé à des troubles intellectuels ou psychiatriques d'apparition récente, évoluant sans rémission et n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge (consultation, hospitalisation) neurologique, psychiatrique et/ou neurochirurgicale au cours de laquelle un diagnostic a été posé.

**CONSULTATION NEUROLOGIQUE INDIQUEE EN CAS DE DOUTE :****Docteur Audrey GABELLE DELOUSTAL**

Neurologue, CHU Montpellier, Pôle Neurosciences Tête et Cou

**N° service** : 04 67 33 73 63 ou 04 67 33 60 29**Mobile CHU** : 06 65 84 94 14

Contactée le : ..... / ..... / .....

Suspicion d'ESST :  Confirmée /  Infirmée