



Association Bonneveine - Saint Joseph
Clinique
de Bonneveine

89 Boulevard du sablier, 13008 MARSEILLE.



FICHE DE LIAISON – PÔLE SANTÉ HANDICAP HÔPITAUX DE JOUR PSH - CONSULTATIONS DÉDIÉES - BLOC OPÉRATOIRE - ÉQUIPE MOBILE POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP

Pour la sécurité du patient, veuillez joindre impérativement la copie de sa carte d'identité

Cette fiche de liaison a pour objectif d'adapter la prise en charge avant l'arrivée du patient au sein de notre structure. Elle doit être **complétée et envoyée** avant l'hospitalisation par email à l'adresse suivante :

pole.handicap@clinique-de-bonneveine.fr

Cette fiche est à remplir par une équipe médicale, paramédical, ou avec un accompagnateur familiale ou institutionnel.

Date de la demande :/...../.....

STRUCTURE MEDICALE / FAMILLE DEMANDEUSE

Nom / Structure :

Adresse où réside le patient :
.....

Médecin demandeur : (identité) :

- Tél : - email :@.....

Coordinateur : (identité) :

- Tel : - email :@.....

Coordonnées des parents / tutelles (OBLIGATOIRE) :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Personne accompagnante le jour de l'hospitalisation : (identité/lien/fonction/coordonnées) :

.....

AUTORISATION DE SOINS OBLIGATOIRE

Je soussigné(é) **NOM, PRENOM** AGISSANT
POUR LUI-MEME OU EN QUALITE DE RESPONSABLE LEGAL (père, mère ou tuteur) autorise la
dispensation de soins et/ou examens médicaux dans le cadre du dispositif du Pôle Santé Handicap (équipe
mobile, consultations dédiées, hôpitaux de jour) :

J'autorise l'utilisation du MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'azote) : Oui ☐ Non ☐

J'autorise l'utilisation du MIDAZOLAM (Hors AMM) per os ou intra rectal : Oui ☐ Non ☐

Je n'autorise pas à ce que les documents de sortie soient remis à la structure (CR, ordonnances de sortie, prochains rdv) : ☐

Fait à, le

Signature **obligatoire** du patient ou du représentant légal :

PATIENT

Nom :

Sexe : H ☐ F ☐

Prénom :

Poids : kg Taille : cm

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Handicap(s)/Trouble(s) :

Déficiência intellectuelle associée : Oui ☐ Non ☐

Si oui, légère ☐ modérée ☐ sévère ☐

Antécédents médicaux :

-
-
-
-

Antécédents chirurgicaux :

-
-

Traitements médicaux actuels : (ordonnance à joindre OBLIGATOIREMENT) :

-
-
-
-

PROFIL SENSORIEL

SENSIBILITÉ	COMMUNICATION	SPHÈRE MOTRICE
Hyposensibilité : ☐ Tactile ☐ Auditive ☐ Visuelle ☐ Odorat Recherche de stimuli (déambule, approche les objets de son œil...) : Hypersensibilité : ☐ Tactile ☐ Auditive ☐ Visuelle ☐ Odorat Évitement de stimuli (se bouche les oreilles, se cache les yeux) :	Expression : ☐ Verbale : Peut faire des phrases ☐ Quelques mots ☐ ☐ Non verbale : Gestes ☐ Pictogrammes ☐ Compréhension : ☐ Comprend les consignes simples ☐ Comprend les questions ☐ Ne comprend pas	Autonomie dans les activités de la vie quotidienne : ☐ Oui ☐ Partielle ☐ Non Déplacement autonome : ☐ Oui ☐ Avec aide ☐ Non Activité physique : ☐ Oui ☐ Non

MOTIF DEMANDE D'HOSPITALISATION / CONSULTATIONS DÉDIÉES	
CONSULTATIONS SPÉCIALISTES	EXAMENS DEMANDÉS
Spécialiste : ➤ Motif :	Radio : ➤ Motif :
Spécialiste : ➤ Motif :	Echo : ➤ Motif :
Spécialiste : ➤ Motif :	Bilan sanguin : ➤ Motif :

DOULEUR
Le patient semble-t-il douloureux ? Depuis combien de temps ?
Avez-vous repéré un changement de comportement ? De quel type ?
Une surveillance de la douleur est-elle mise en place ? (Si oui, joindre grille d'évaluation)

RÉGIME ALIMENTAIRE	
(Obligatoire pour la demande d'un hôpital de jour)	
☐ Normal	☐ Diabétique
☐ Mixé	☐ Sans viande
☐ Mou	Spécificité/aversion :
☐ Liquide	

ACCOMPAGNEMENT À LA PRISE EN CHARGE	
Attitude à adopter : 	Attitude à éviter :
Crainte particulière du milieu médical ? 	Objet rassurant ou comportement d'apaisement :
Port de blouse : Oui ☐ Non ☐	

En cas de problèmes rencontrés sur site, vous pouvez contacter :
Numéro unique Pôle PSH : 06.23.39.49.39

NOTE D'INFORMATION A DESTINATION DES FAMILLES & STRUCTURES

Pour tout rendez-vous de bilan sanguin, électrocardiogramme, consultation de médecine générale ou hôpital de jour, nous mobilisons tous les moyens possibles pour réussir l'examen, dans les meilleures conditions pour les patients en situation de handicap.

Nos délais moyens sont longs (environ un mois), cela se justifie par la nécessité d'adapter l'environnement, et de prendre le temps pour prendre soin.

Pour chacun des rendez-vous cités précédemment, il est nécessaire de bloquer un créneau de minimum 1h30 avec :

- Un médecin
- Un(e) infirmier(e) coordinateur(trice)
- Une psychomotricienne
- Nos locaux dédiés : l'algeco handiconsult ne peut accueillir qu'un seul patient par créneau horaire dédié.

Ainsi, lorsque vous acceptez un rendez-vous, merci de vous assurer de votre disponibilité.

De même, si vous ne pouvez pas honorer votre rendez-vous, merci de nous prévenir systématiquement au **06.23.39.49.39** par téléphone, ou par SMS.

Ou par mail sur *pole.handicap@clinique-de-bonneveine.fr*

Ceci permet notamment de diminuer nos délais d'attente.

Par souci organisationnel, tout retard supérieur à 30 minutes, **non prévenu**, ne nous permettra pas de vous recevoir.

Je, soussigné(e)..... atteste avoir pris connaissance de cette note d'information, et m'engage à avertir la clinique en cas de désistement, d'empêchement, ou d'annulation.

Signature **OBLIGATOIRE** :

☐ Si un créneau se libère, je peux me rendre disponible dans les 30 minutes pour avancer mon RDV.