

## Fiche de renseignement Enfant et adulte

Date de la demande : .....

**Pour les demandes de rendez-vous, cette fiche de renseignement doit être complétée et sera traitée en amont.**

*Le dispositif Handiconsult 05 n'a pas pour vocation de se substituer à des suivis déjà existants ou qui pourraient être réalisés en ville.*

Nom de la structure / famille demandeuse : .....  
Adresse (envoi du compte rendu) : .....  
.....  
Médecin demandeur : .....  
Tél : ..... @ : .....  
Coordinateur : .....  
Tél : ..... @ : .....

Personne accompagnante lors du soin (identité, lien, fonction) :  
.....  
Tél : ..... @ : .....  
Personne de confiance (identité, lien, fonction) :  
.....  
Tél : ..... @ : .....

Protection juridique :  
 Capable majeur  
 Tutelle  
 Curatelle

Personne concernée par la demande  
Nom d'usage : ..... Nom de naissance : .....  
Prénoms : .....  
Adresse : .....  
Tél : ..... @ : .....  
Date et lieu de naissance : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin      Poids : ..... Taille : .....  
Allergies : .....

**1- Motif de la demande**

.....  
Spécialistes consultés avant cette demande : .....  
pour quels motifs : .....  
Examens souhaités : .....  
Motifs : .....

**2- Handicap(s) / Trouble(s)**

.....  
.....

**3- Type de handicap**

.....

**4- Déficience intellectuelle associée :**

OUI     NON                      Si oui :  légère     modérée     sévère

**5- Antécédents médicaux et chirurgicaux**

.....  
.....

**6- Traitement médicaux actuels (Ordonnance à joindre)**

.....  
.....

**7- Difficultés antérieures de prise en charge classique**

Agitation motrice :  OUI     NON

Agressivité :  OUI     NON

Résistance au soin :  OUI     NON

Autres : .....

**8- PROFIL SENSORIEL**

**Sensibilité**

Hyposensibilité :

- Tactile
- Auditive
- Visuelle
- Odorat
- Recherche de stimuli

Hypersensibilité :

- Tactile
- Auditive
- Visuelle
- Odorat
- Évitement de stimuli

**Communication**

Verbale :  Fait des phrases                       Quelques mots

Non verbale :  Gestes                                       Pictogrammes

**Compréhension**

- Comprend les consignes simples
- Comprend les questions
- Ne comprend pas

### Sphère motrice

Autonomie dans les activités de la vie quotidienne :

Oui    Partielle    Non

Déplacement autonome :

Oui

Avec aide humaine

Avec aide technique (précisez laquelle : .....)

Non

Mobilité :  OUI    NON

Appui :  OUI    NON

### Tout soin ou examen (douloureux ou non) peut être anxiogène.

Nous utilisons des moyens pour diminuer cette anxiété :

- Rendez-vous d'habituacion
- Objet renforçateur (merci de l'emmener)
- MEOPA\*
- Midazolam\*

\*Si, il / elle en a déjà eu, est-il bien supporté ?  OUI    NON

Le médecin demandeur peut prescrire une prémédication, à prendre avant le soin (joindre l'ordonnance le jour du rendez-vous).

#### Merci de joindre à ce dossier :

- La photocopie de la carte d'identité recto/verso du patient
- La photocopie de la carte vitale (numéro de sécurité sociale bien visible)
- La photocopie de la carte de mutuelle
- L'autorisation des représentants légaux pour les mineurs et pour les majeurs protégés
- La photocopie de la carte d'identité des représentants légaux pour les mineurs

#### Lors de votre venue, merci d'apporter :

- Le carnet de santé pour les enfants
- Les éléments médicaux en votre possession (bilans sanguins, radiographie, ECG, ordonnances avec le traitement en cours...)
- Fiche de liaison / récapitulatif des soins pour les structures d'accueil

#### Pour tous renseignements

Le secrétariat est ouvert du mardi au jeudi (sauf jours fériés) de 9h à 16h30

- Tél : 04 65 03 10 77
- Mail : [handiconsult.gap@fondationseltzer.fr](mailto:handiconsult.gap@fondationseltzer.fr)
- Adresse provisoire : Handiconsult 05 - 7 place St Arnoux - 05000 GAP

## AUTORISATION DE SOINS OBLIGATOIRE

Pour un mineur, l'autorisation de soins signée par l'un des deux parents, titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal est obligatoire (article R1112-35 du Code de la santé publique).

Je soussigné(e) NOM, PRENOM .....  
AGISSANT POUR LUI-MÊME OU EN QUALITÉ DE RESPONSABLE LÉGAL (père, mère ou tuteur) autorise les praticiens du dispositif Handiconsult 05 à réaliser les soins et/ou examens médicaux dans le cadre du dispositif Handiconsult 05 : consultation interne, consultations dédiés externe, équipe mobile, bloc opératoire.

J'autorise l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire oxygène et protoxyde d'azote) :  OUI  NON

J'autorise l'utilisation du Midazolam (hors AMM) per os ou intra rectal :  OUI  NON

Nom du patient : .....

Prénom(s) du patient : .....

Né(e) le : .....

Père  Mère  Représentant légal

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : ..... @ : .....

Signature du patient et/ou du représentant légal :

**Pièces à fournir : Carte d'identité du parent titulaire de l'autorité parentale**