

A6

FICHE D'ADMISSION

pour enfant / adulte en situation de handicap

A remplir par patient / institution / famille.

Remplie le :

<p>Nom : Prénom : Date de naissance : Assurance maladie : No Assuré : AI/AVS : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui n° : Médecin traitant : N° de tel. portable : Curateur de soin : N° de tel portable :</p>	<p>Institution : Lieu de vie : N° de tel : Réfèrent infirmier : N° de tél : Réfèrent éducateur : N° de tel : Parents/famille : N° de tel : Personne à prévenir :</p>
<p>Handicap <input type="checkbox"/> Mental/psychique <input type="checkbox"/> Moteur/physique <input type="checkbox"/> Sensoriel (vue, ouïe, etc.).... <input type="checkbox"/> Polyhandicap</p>	<p>Troubles du comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Troubles de la communication <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Risque de <input type="checkbox"/> fugue <input type="checkbox"/> chutes <input type="checkbox"/> auto-agressivité <input type="checkbox"/> hétéro-agressivité</p>
<p>Allergies Médicamenteuses : Alimentaires :</p>	<p>Recommandations, projet de soins anticipé <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui (Si oui : à joindre au présent document)</p>

Communication
 Parle Mots Sons Entend Comprend Signe
Moyens auxiliaires de communication Ordinateur Pictogrammes Autres :

Soins
Respiration O2 débit Litre/min = Autres :
Autonomie :
Mobilité : Dépendant Assis Debout Marche
Alimentation : Troubles déglutition Gastrostomie / jéjunostomie
Type d'alimentation / régime:

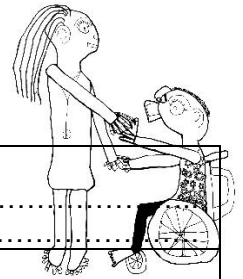
Elimination
Incontinence urines oui non. Incontinence selles oui non.
 Protection Condom Sonde urinaire Autres :

Epilepsie
Facteurs déclenchants :
Déroulement des crises (signes précurseurs, manifestations principales, etc.) :
.....
Durée des crises :
Fréquence des crises :
Attitude face à la crise et TTT (selon carte de TTT à joindre au document)
.....
.....

Antécédents médicaux / chirurgicaux
.....
.....

TTT médicamenteux habituel et posologies
Joindre carte de traitement et apporter les traitements particuliers (pas piluliers, mais boîtes !)

TTT médicamenteux en urgence déjà reçu
.....
.....



Vaccination (tétanos, grippe...) :
.....
.....

Surveillances particulières Peau..... Transit
 Autres:

Précautions particulières (exemple: ne supporte pas d'être touché, ne supporte pas le bruit)
.....
.....

Conseils pour entrer en contact avec la personne (toucher, regard, distance, etc.)
.....
.....
.....

<p>Manifestations habituelles pour exprimer</p> <p>1. Douleur.....</p> <p>2. Anxiété.....</p> <p>3. Inconfort.....</p> <p>4. Désaccord.....</p> <p>5. Bien-être.....</p>		<p>Prise en charge : Que faire ?</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>
---	--	--

Moyens auxiliaires
A prévoir :

- Chambre seule
- Chambre à deux lits
- Barrières de lits
- Lit adapté/spécial
- Lit pour accompagnant
- Coussins de positionnement
- Contentions
- Attelles
- Fauteuil roulant manuel
- Rollator
- Autres :

Vient avec :

- Vue/lunettes
- Ouïe/appareil
- Casque de protection
- Lit adapté/spécial
- Objet transitionnel
- Coussins de positionnement
- Contentions
- Attelles
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Rollator
- Autres :

Transport de retour

Contacter **au plus tôt** l'établissement pour le transport du retour

Commande de retour en ambulance par les HUG avec ordonnance assis couché

Commentaires
.....
.....
.....

Référents infirmiers HUG pour les enfants / adultes en situation de Handicap avec déficience intellectuelle :

- **Pédiatrie** : Laurent Jardinier : 079/553.02.11 - laurent.jardinier@hcuge.ch
- **Adultes** : Isabelle Royannez : 079/553.22.96 - isabelle.royannez@hcuge.ch