FICHE D'ADMISSION HANDICAP (FAH)
POUR ENFANT / ADULTE EN SITUATION DE HANDICAP

Remplie par : ☐ personne concernée ☐ famille ☐ institution Remplie le : .....

Nom :	Parents/famille : .....
Prénom :	Tél. : ..... Mail : .....
Date de naissance :	Médecin traitant : .....
Lieu de résidence :	Tél. : ..... Mail : .....
École/institution :	Médecin spécialiste : .....
N° de tél. :	Tél. : ..... Mail : .....
Personne à prévenir en priorité :	Infirmier/infirmière : .....
Tél. : ..... Mail :	Tél. : ..... Mail : .....
Curatelle : ☐ oui ☐ non	Éducateur/éducatrice : .....
Nom, prénom :	Tél. : ..... Mail : .....
Tél. : ..... Mail :	**Tél unique joignable 24H/24H :** .....

Plan de soins anticipés : ☐ non ☐ oui **(Si oui : à joindre au présent document)**
Carte de traitement, mode d'administration et traitements habituels : **à apporter**
Protocole d'urgence en cas de crise d'épilepsie : **à apporter**
Allergies : ☐ oui ☐ non ☐ Médicamenteuses ☐ Alimentaires Préciser : .....
Intolérances : ☐ oui ☐ non Préciser : .....
Anticoagulation : ☐ oui ☐ non

Handicap
☐ Déficience intellectuelle ☐ Handicap physique
☐ Polyhandicap ☐ Troubles du spectre de l'autisme
☐ Troubles psychiatriques
☐ Handicap sensoriel ☐ Vue ☐ Ouïe
☐ Autre : .....

Troubles du comportement ☐ oui ☐ non
☐ Auto-agressivité ☐ Hétéro-agressivité
Troubles de la communication ☐ oui ☐ non
Risque de ☐ Fugue ☐ Chutes ☐ Errance
☐ Escarres ☐ Fausse route
☐ Autre : .....

Communication
Mode de communication habituel : ☐ Tutoiement ☐ Vouvoiement
Langue utilisée : .....
☐ Parle ☐ Entend ☐ Comprend ☐ Signe ☐ Lecture labiale ☐ Autre : .....
Emet : ☐ des sons ☐ des mots ☐ des syllabes ☐ Autre : .....
Moyens auxiliaires de communication : ☐ Pictogrammes ☐ Tablette ☐ Ordinateur ☐ Sonnette personnalisée
☐ Autres : .....

Précautions lors de l'accueil (dans l'attitude, l'environnement…) :
Conseils pour entrer en contact avec la personne : .....
Mesures aidantes (images, musique, jeu, récompense, hypnose, objet transitionnel, autres) :
.....
☐ Hypersensibilité au toucher ☐ Hypersensibilité au bruit ☐ Hypersensibilité à la lumière
Conditions d'attente : ☐ Salle d'attente ☐ Isolement ☐ Besoin de déambuler
Peux rester seul - seule : ☐ oui ☐ non ☐ Peut attendre : ☐ oui ☐ non
Addictions : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Potomanie ☐ Autre : ..... Besoin de substitution : ☐ oui ☐ non

Diagnostic du handicap (y compris, génétique, si connu) :
.....
.....

Antécédents médicaux / chirurgicaux importants :
.....
.....

Vaccins (tétanos, grippe…) : À jour : ☐ oui ☐ non, préciser lesquels : .....

Hôpitaux Universitaires Genève

Manifestations habituelles pour exprimer	Prise en charge : que faire ?
1. Douleur	1. .....
2. Anxiété	2. .....
3. Désaccord	3. .....
4. Bien-être	4. .....

Soins

Épilepsie : ☐ oui ☐ non. Facteurs déclenchants : ..... Fréquence des crises : .....

Déroulement des crises (signes précurseurs, manifestations principales, durée, etc.) :

.....

.....

Attitude face à la crise d'épilepsie : .....

.....

.....

Échelle de la douleur habituelle : ☐ oui ☐ non. Si oui, laquelle : .....

Respiration : ☐ O2 débit Litre/min = ... ☐ Autres : .....

Mobilité : ☐ Dépendant ☐ Assis ☐ Debout ☐ Marche

☐ Besoin d'aide aux transferts ☐ Moyens auxiliaires ☐ Mobilisation en bloc

▸ Protocole de positionnement (à apporter si existant) : ☐ oui ☐ non

Alimentation : ☐ Par la bouche ☐ Par SNG ☐ Par PEG ☐ Par PEJ ☐ Eau épaissie

Type d'alimentation / régime : .....

Texture : ☐ Hachée ☐ Mixée ☐ Lisse ☐ Autre : .....

▸ Protocole d'alimentation (à apporter si existant) : ☐ oui ☐ non

Élimination

Incontinence urines : ☐ oui ☐ non. Incontinence selles : ☐ oui ☐ non

Transit habituel : .....

▸ Protocole pour la gestion du transit (à apporter si existant) : ☐ oui ☐ non

☐ Protection (taille à préciser : .....) ☐ Condom ☐ Sonde urinaire ☐ Autres : .....

Équipements

À prévoir :

- ☐ Chambre seule
- ☐ Lit adapté/spécial
- ☐ Matelas adapté
- ☐ Lit pour accompagnant
- ☐ Barrières de lit
- ☐ Coussin de positionnement
- ☐ Attelles
- ☐ Rollator
- ☐ Élévateur
- ☐ Contentions
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Autres :

.....

.....

.....

.....

Vient avec :

- ☐ Lunettes/Vue
- ☐ Appareil auditif/Ouie
- ☐ Casque de protection
- ☐ Objet transitionnel
- ☐ Fauteuil roulant électrique
- ☐ Coussin de positionnement
- ☐ Attelles
- ☐ Rollator
- ☐ Élévateur
- ☐ Contentions
- ☐ Fauteuil roulant manuel
- ☐ Autres :

.....

.....

.....

Documents à apporter joints à la fiche d'admission handicap

- ☐ Carte d'assurance et pièce d'identité
- ☐ Plan de soins anticipés
- ☐ Carte de traitement, mode d'administration et traitements habituels
- ☐ Protocole d'urgence en cas de crise d'épilepsie
- ☐ Protocole de positionnement
- ☐ Protocole d'alimentation
- ☐ Protocole pour la gestion du transit
- ☐ Consentement(s) signé(s) par le curateur si demandé(s)

Référents infirmiers HUG pour les enfants / adultes en situation de Handicap avec déficience intellectuelle
Pédiatrie : 079 553 02 11, equipemobilehandicap@hug.ch
Adultes : 079 553 22 96, programme.handicap@hug.ch