

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 :
Logement actuel :	Tél. : Mail :
École/institution :	Médecin spécialiste :
N° de tél. :	Tél. : Mail :
Personne à prévenir en priorité :	Infirmier/infirmière :
Tél. : Mail :	Tél. : Mail :
Curatelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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	Troubles du comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Déficience intellectuelle Handicap physique	Auto-agressivité Hétéro-agressivité
Polyhandicap Troubles du spectre de l'autisme	Troubles de la communication <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Troubles psychiatriques	Risque de Fugue Chutes Errance
Handicap sensoriel Vue Ouïe	Escarres Fausse route
Autre :	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 particulières lors des soins (images, musique, jeu, récompense, hypnose, objet transitionnel, MEOPA, 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 :

Manifestations habituelles pour exprimer

1. Douleur
2. Anxiété
3. Désaccord
4. Bien-être



Prise en charge: que faire?

1.
2.
3.
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/Ouïe
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)