

FICHE DE SOLLICITATION

Date de la demande :
 Nom du prescripteur :
 Téléphone :
 @ :
 Adresse :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de Naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Poids : _____

Taille : _____

Adresse :

Téléphone portable / fixe :

Mail :

Personne à contacter si différente
 du patient :

Téléphone :

Mail :

1- Type(s) de Handicap :

Physique Sensoriel Mental Psychique Cognitif Polyhandicapé

2- Pathologie à l'origine du handicap :

3- Échec ou difficultés antérieures de prise en charge classique

ÉCHEC OUI NON

Pourquoi : _____

DIFFICULTÉS OUI NON

Pourquoi : _____

4- Prise en charge

- ▶ Besoin d'effectuer une consultation blanche OUI NON
- ▶ Aide et organisation de prise de rendez-vous
 - Pour le patient OUI NON
 - Pour l'équipe de soins OUI NON
- ▶ Nécessité d'un accompagnement spécifique OUI NON
 - Si oui - Pendant le soin : OUI NON
 - En Intra Hospitalier : OUI NON

Précisez la nature de l'accompagnement :

- ▶ Consultation nécessitant plus de temps OUI NON

Précisez durée : _____

5- Spécificité de consultation /examen – geste ou technique

Matériel

Renforceur, distractibilité

Phobies

Utilisation du **MEOPA** nécessaire ? oui non

Si oui, est-ce bien supporté ? oui non

Isolement infectieux ? oui non

Type d'isolement : _____

Antécédents :

Commentaires complémentaires libres



Réponse OUI NON

Commentaires éventuels :

Justification si refus

Réorientation

Contacts :

Tel : 04 77 82 95 36

Fax : 04 77 82 90 98

Email : handiconsult42@chuse.fr

Courrier : CHU de Saint-Étienne - Handiconsult42 Bat H, 42055 Saint-Étienne Cedex 2