



Cet outil est mis à votre disposition afin de faciliter le recueil de vos attentes, capacités et besoins d'aides pour votre prise en charge au sein de notre établissement.

Identification du handicap



Moteur



Visuel



Maladies Invalidantes



Mental



Auditif



Psychique



Autisme

Avez-vous désigné **une personne de confiance*** ? **OUI** **NON**

Si **OUI** : Nom / Tél : _____ / _____

Avez-vous formulé **des directives anticipées**** ? **OUI** **NON**

La **personne de confiance n'est pas la personne à prévenir. C'est une personne qui peut vous accompagner dans vos démarches ou être consultée par les médecins pour rendre-compte de vos volontés si vous n'êtes pas en mesure d'être consulté.*

*** Les **directives anticipées** sont une déclaration écrite précisant vos souhaits concernant votre fin de vie.*

Identification du patient

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Tél : _____ Mail : _____ @ _____

Médecin traitant : _____ Poids : ____ kg Taille : ____ cm

Personne à contacter (coordonnées) : _____

Mesure de Protection : **OUI** **NON** Nom Mandataire : _____ Tél : _____

Diagnostic et/ ou Antécédents principaux

Suivi médical au CHNM : **OUI** **NON** Si **OUI** : nom(s) du ou des médecins/spécialité(s) : _____

Allergie(s) et autre(s) contre-indication(s) : _____

Accompagnement par un aidant pendant votre hospitalisation : **OUI** **NON** **Jour** **Nuit** (lit accompagnant)

Matériel à mettre en place, si besoin, dès votre arrivée (matelas à air, sonnette adaptée...) : _____

Comment exprimez-vous votre douleur ?

Pleurs Verbalement Cris Agitation Autre : _____

Communication

Avez-vous des difficultés à vous exprimer ? **OUI** **NON**

Si besoin d'un support ou d'une aide pour communiquer, précisez : _____

Comportement

Vous arrive-t-il d'avoir des troubles du comportement ? **OUI** **NON**

Si **OUI**, quels sont les facteurs déclenchants et comment y remédier ? _____

Mobilité : transferts et déplacements

Avez-vous besoin d'aide (humaine ou technique) pour vous déplacer ? **OUI** **NON**

Et pour vos transferts ? **OUI** **NON**

Si **OUI**, précisez : _____

Respiration

Avez-vous des difficultés respiratoires : **OUI** **NON**

Si **OUI**, nécessitent-elles un dispositif particulier ? **OUI** **NON**

Précisez : _____

Alimentation

Avez-vous besoin d'une hydratation ou d'une alimentation adaptée ? **OUI** **NON**

Si **OUI**, précisez : _____

Toilette/ Soins d'hygiène

Avez-vous besoin d'aide pour vos soins d'hygiène ? **OUI** **NON**

Si **OUI**, précisez (si aide humaine, avec quelle aide matérielle...) : _____

Elimination

Avez-vous des difficultés ou particularités d'élimination ? Urinaire ? **OUI** **NON**

Fécale ? **OUI** **NON**

Si **OUI**, précisez : _____

Autres soins courants / Commentaires complémentaires

Souhaitez-vous nous apporter des informations complémentaires sur votre quotidien ou vos soins (service de soins, intervenant à domicile, professionnel ressource ou autre) ?

Merci d'apporter vos ordonnances ou tout dispositif nécessaire à votre prise en charge.

Document renseigné le : ___ / ___ / _____

Par : Nom/ Prénom/ Qualité :