

Identité

Nom de naissance :

Nom Marital (obligatoire) :

Prénom :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance :

Recueil des besoins de la personne en situation de handicap

Transmission des informations aux équipes médico soignantes – Fait le/...../.....

QUI JE SUIS ET D'OU JE VIENS

D'où je viens

☐ Adresse:.....

☐ Domicile

☐ Etablissement médico-social

☐ Etablissement sanitaire

☐ Autre

Mon suivi Médico soignant

☐ Médecin traitant:

☐ Autres professionnels de
santé:.....

J'ai besoin de la présence d'un aidant

Pour une aide en particulier :

☐ Présence rassurante

☐ aide à la communication

☐ aide à la réalisation de soins

☐ aide au transfert, à l'installation , au positionnement

☐ Autre (dont aide à l'alimentation)

Contact de l'aidant

NOM.....Prénom:.....

L'aidant est il:

☐ Un professionnel

☐ Un aidant familial

☐ Autre:.....

Contacts utiles (dont tuteur/curateur)

.....
.....

Ma situation de handicap

☐ Handicap moteur

☐ Handicap sensoriel : auditif, visuel (entourer)

☐ Handicap psychique

☐ Handicap intellectuel

☐ Handicap cognitif (dont TND, TSA)

☐ Maladie invalidante

☐ Polyhandicap

☐ Autre (préciser) :

Je communique avec

☐ Des mots simples

☐ Des gestes

☐ Des signes, la LSF (Langue des signes française)

☐ Le LfPC (Langue française parlée complétée)

☐ Des pictos, des photos

☐ Une vocalisation ou des cris

☐ Communication alternative augmentée

☐ Autre (dont outils numériques)

Mes appareillages

☐ Lunettes

☐ Appareil auditif

☐ Fauteuil roulant

☐ Coussins de positionnement

☐ Attelles

☐ Appareil dentaire

☐ Autres (appareils
médicaux).....

J'exprime d'une manière spécifique

☐ Ma douleur :

☐ Mon désaccord :

Mes troubles associés, mes centres d'intérêt

(besoins liés à la sensorialité, à l'attention, au
stress, à la compréhension, à l'attente)

.....
.....

Précautions pour réaliser mes soins

.....
.....
.....



À quoi sert ce document ?

Ce document est utilisé par les professionnels du GHT Gard-Cévennes-Camargue pour faciliter votre parcours de soins et permettre une prise en charge adaptée à vos besoins.

Il est valable dans toutes les situations :

- venue depuis le domicile,
- venue depuis un établissement médico-social, depuis un établissement sanitaire, transfert entre deux établissements

Quand utiliser ce document ?

Ce recueil doit être transmis aux professionnels concernés pour préparer une prise en soins:

- une hospitalisation complète ou une hospitalisation de jour,
- une consultation,
- un examen, une imagerie,
- un passage sur un plateau technique (bloc, anesthésie, explorations...)
- un passage aux urgences.

Il concerne tous les âges : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées.

Il doit être actualisé à chaque changement de situation.

Qu'est-ce qu'une "personne en situation de handicap" ?

Une personne en situation de handicap est une personne qui rencontre, de manière temporaire ou durable, une limitation (motrice, sensorielle, cognitive, psychique, organique, évolutive...) qui rend certaines activités difficiles dans son environnement.

Cette situation ne dépend pas nécessairement d'une reconnaissance MDPH:

- Elle peut exister en cours de diagnostic,
- Elle peut être temporaire, évolutive ou définitive,
- Elle concerne aussi les personnes atteintes de maladies invalidantes, y compris les maladies neurodégénératives .

Qui remplit ce document ?

- Lors d'une venue depuis le domicile:
 - Vous ou votre aidant, avec votre consentement, avec ou sans l'aide d'un professionnel de santé.
- Depuis un établissement médico-social, un établissement sanitaire ou lors d'un transfert entre deux établissements
 - Les professionnels de santé de l'établissement peuvent compléter ou mettre à jour le document.