



### FICHE D'ADMISSION pour un enfant en situation de handicap

Rempli par : Rempli le :  
 Nom : Prénom : Tél. : E-mail :  
 Le responsable légal autorise la transmission de cette fiche : Oui  Non   
 Nom : Prénom : Signature : \_\_\_\_\_

Nom : Prénom : Date de naissance : Pédiatre : Tél. : E-mail : Curateur de soin : Tél. : E-mail : Personne à prévenir : SIPeD	<b>Assistant social :</b> Nom : <span style="float:right">Tél. :</span> <b>Ecole-internat :</b> Référent infirmier : Tél. : E-mail : <b>UAT :</b> Référent infirmier : Tél. : E-mail : CMS
<b>Handicap</b> Mental/psychique                      Moteur/physique TSA    Polyhandicap Sensoriel (vue, ouïe, etc.)	<b>Troubles du comportement :</b> Oui    Non <b>Troubles de la communication :</b> Oui    Non <b>Risque de :</b> Fugue            Chute Auto-agressivité    Hétéro-agressivité
<b>Allergies:</b> Médicamenteuses : Alimentaires :	<b>Recommandations anticipées</b> Non    Oui (à joindre au présent document)

**LORS D'UNE ADMISSION AUX URGENCES** (si connus)  
**Poids :**      **Taille :**      **Heure du dernier repas :**  
 Dernier traitement administré (quoi et quand) :

**Soins**  
 Echelle de sévérité :    Non      Oui (à joindre au présent document)  
 Echelle de la douleur habituelle :    Non    Oui (à joindre au présent document)  
 Respiration :    O<sub>2</sub> débit litre/minute :    Autres :  
 Mobilité :      Chaise roulante      Marche seul      Moyens auxiliaires :  
 Alimentation :    Par la bouche      SNG      Par PEG      Par PEJ  
                             Eau épaissie :      Oui    Non  
 Type d'alimentation, heure des repas, quantité, régime, texture (sans lactose, sans gluten, cétogène, etc.)  
 Autres soins :

**Elimination**  
 Incontinence urine :    Oui    Non                      Incontinence selles :    Oui    Non  
 Protection/couche :    Oui    Non                      Condom :                      Oui    Non  
 Sonde urinaire :      Oui    Non                      Autres :

**Epilepsie**  
 Protocole d'urgence d'épilepsie :    Non    Oui (à joindre au présent document)  
 Facteurs déclenchants :  
 Déroulement des crises (signes précurseurs, manifestations principales, durée, etc.) :  
 Fréquence des crises :  
 Attitude face à la crise :



**Antécédents médicaux, chirurgicaux, diagnostics**

TTT médicamenteux : *joindre un document explicatif (exemple : « Délégation pour l'administration des médicaments »)*  
 Apporter les traitements particuliers (**pas piluliers, mais boîtes !**)

**Vaccination** (tétanos, grippe, COVID-19, etc.)

A jour: Oui Non (préciser lesquelles):

**Surveillances, préventions**

Peau (risque d'escarres):

Transit (risque de constipation):

Déshydratation:

Autres:

**Si vient à jeun pour un examen ou une opération: moyens à mettre en place pour atténuer l'inconfort**

*(Exemples: heure à convenir, prise en charge rapide, musique, lumière tamisée, casque anti-bruit, etc.)*

**Communication**

Comprend: Phrases Mots Images Autres:

S'exprime: Phrases Mots Pointe du doigt Autres:

Langue utilisée:

**Moyens auxiliaires de communication**

Ordinateur Pictogrammes Langue des signes LPC Braille Autres:

**Conseils pour entrer en contact avec la personne** *(exemples: ne supporte pas d'être touché, parler à distance, se mettre en face pour parler, utiliser un objet, son doudou, etc.)*

**Attitudes particulières pour les soins** *(expliquer avec des images, déplacer l'attention, montrer sur quelqu'un d'autre avant, jeu, récompense, besoin de toucher les objets, musique préférée, lumière tamisée, hypnose, MEOPA, Papoose Board, etc.)*

**Manifestations habituelles pour exprimer**

1. Douleur:

2. Anxiété:

3. Inconfort:

4. Désaccord:

5. Bien-être:

**Prise en charge: que faire ?**

1.

2.

3.

4.

5.

**A prévoir:**

Chambre individuelle

Chambre à deux lits

Barrières de lit

Lit adapté ou spécial

Lit pour accompagnant

Coussins de positionnement

Moyens de contention

Attelles

Fauteuil roulant manuel

Rollator

Autres:

**Vient avec:**

Lunettes

Appareil auditif

Casque de protection

Lit adapté ou spécial

Objet transitionnel

Coussins de positionnement

Moyens de contention *(protocole à mettre en annexe)*

Attelles

Fauteuil roulant manuel

Fauteuil roulant électrique

Rollator

Autres:

**Transport de retour**

Contactez **au plus tôt** l'institution, la famille ou le proche aidant pour le transport du retour

Commande de retour en ambulance par le CHUV avec ordonnance Assis Couché