

Date de l'appel :
Date de la consultation infirmière 1 :
Date de la consultation infirmière 2 :
Date de la consultation médicale 1 :
Date de la consultation médicale 2 :

Fiche de renseignements à transmettre à : ide.valconsult@ilvm.fr

Cette fiche peut être remplie par : le patient / le proche aidant / la structure d'accueil / le médecin traitant.
Celle-ci a pour but d'évaluer les besoins du patient et de mettre en place les moyens techniques ou humains nécessaires.

Pathologie à l'origine du handicap :
Consultation demandée :

Prise de sang	Ophtalmologie
ECG	Rhumatologie
Lavage d'oreilles	Neuropédiatrie
Pédicurie	Gynécologie
Médecine générale	(fiche complémentaire à remplir)

Identité

Nom : _____ Sexe : Féminin Masculin
Prénom : _____ Age : _____
Date de naissance : _____ Numéro MDPH : Oui Non En cours
Numéro de sécurité sociale* : _____
Pour les enfants, merci de renseigner le numéro du parent sur lequel les droits sont ouverts
Statut juridique : Pas de mesure de protection Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée
Sauvegarde de justice Mineur émancipé

Coordonnées

Lieu d'habitation : Domicile Etablissement médico-social

Adresse postale :
CP _____ Ville : _____

Établissement médico-social fréquenté : _____ Ville : _____

Cordonnées de la Personne qui fait la demande

Nom : _____
Prénom : _____
Email : _____
Téléphone : _____

Cordonnées des parents

Nom : _____
Prénom : _____
Email : _____
Téléphone : _____

Nom du médecin référent : _____ Téléphone _____
Lieu d'exercice : _____

Données médicales

Poids : _____ Taille : _____
Allergie médicamenteuse / alimentaire : Oui Non Préciser: _____

Pathologie et antécédents

Épilepsie _____ Autres, préciser : _____
Diabète _____
HTA _____
Pathologie cardiaque _____ Traitement actuel (joindre l'ordonnance) : _____

MEOPA® déjà utilisé ? : Non si oui, pourquoi ?
Date du dernier bilan sanguin :
Suivi dentaire : Oui Non Cabinet en ville À l'hôpital

Motif principal de recours au service handiconsult du Val Mandé _____

Difficulté d'accès au lieu de soins	Refus de prise en charge par un praticien ou un établissement
Inadaptation des matériels d'examen ou de soins	
Réalisation incomplète des soins	Aide humaine nécessaire pour l'accompagnement aux soins et non disponible
Ressenti, appréhension, renoncement aux soins	
Autre et sans motif de refus, préciser :	

Comment avez-vous connu notre Handiconsult ?

Préparation de la consultation _____

Documents médicaux à nous envoyer en amont du rendez-vous :

- Courrier d'adressage
- Compte rendu diagnostique du handicap
- Compte rendus examens médicaux, biologiques et opératoires
- Ordonnances de traitements et d'examens à réaliser
- Carnet de santé

Pièces administratives à apporter le jour du rendez-vous :

- Carte vitale (pas de photocopie, pas d'attestation)
- Carte mutuelle

Nos conseils pour bien préparer votre visite sont disponibles sur notre site.

Trombinoscope de l'équipe, photos du matériel et des locaux.



www.ilvm.fr

Qui accompagnera la personne le jour de la consultation (+ son n° de téléphone)

Autonomie : Fauteuil Fauteuil électrique Besoin d'aide au transfert Lève-personne Autre

Présence de douleurs : Oui Toujours Parfois Non

Communication : Verbale Non verbale Autre Langue usuelle

Compréhension : Normale Limitée Non évaluable Nulle

Caractéristiques : Auto-agressivité Hétéro-agressivité Hyperactivité Hypo sensibilité Hypersensibilité

Phobies, peurs : Bruit Lumière Blouse blanche Autre

Motif de la consultation :

Avez-vous des compléments d'informations à nous donner ?