

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
ECG
Lavage d'oreilles
Pédicurie
Médecine générale

Ophtalmologie
Rhumatologie
Neuropédiatrie
Gynécologie
(fiche complémentaire à remplir)
Dépistage des cancers cutanés

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 si vous n'êtes pas le parent

Nom : _____
Prénom : _____
Email : _____
Téléphone : _____
Lien avec le patient (aidant, professionnel ...) : _____
Nom du médecin référent : _____
Lieu d'exercice : _____

Cordonnées des parents

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

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 Oui 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

Inadaptation des matériels d'examen ou de soins

Réalisation incomplète des soins

Ressenti, appréhension, renoncement aux soins

Autre et sans motif de refus, préciser :

Refus de prise en charge par un praticien ou un établissement

Aide humaine nécessaire pour l'accompagnement aux soins et non disponible

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 diagnostic 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 ?