

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.

Consultation demandée :

Prise de sang
ECG
Lavage d'oreilles
Pédicurie
Médecine générale

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

Identité

Nom : _____ Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
Prénom : _____
Date de naissance : _____ Age : _____ Dossier 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, précisez _____
Diabète _____
HTA _____
Pathologie cardiaque _____

Pathologie à l'origine du handicap

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	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 :

- **Pièce d'identité obligatoire**
- 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)**

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

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

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

Avez-vous des compléments d'informations à nous donner ? / Motif de la consultation