

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

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
Diabète
HTA
Pathologie cardiaque

Autres, précisez : _____
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

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 :

- **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 : Marche Fauteuil 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