



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

– document confidentiel –

Cette fiche destinée aux animateurs du GEM résume les renseignements concernant la santé de l'adhérent, les précautions et conduite à tenir pour un accompagnement adapté. En cas d'urgence, cette fiche est transmise au SAMU.

1. Adhérent

Date : / / 20

Nom		Prénom	
Sexe		Date de naissance	
N° SECU		Affiliation	

Coordonnée du médecin traitant :

Nom, Prénom			
Adresse			
Tél		E-mail	

Cette fiche peut être remplie à l'aide du médecin traitant.

2. Etat de santé :

Origine du handicap : Diagnostic médical (si possible)
--

Mobilité

Marche	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Avec canne	<input type="checkbox"/> Avec déambulateur
Déplacement en fauteuil	<input type="checkbox"/> manuel seul	<input type="checkbox"/> électrique en autonomie	<input type="checkbox"/> manuel accompagné
Si besoin, précisez :			

Déficiences Sensorielles :

Auditives précisez		Gustatives précisez	
visuelles, précisez		sensibilité à la douleur	

Déglutition

Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Avec aliments solides	<input type="checkbox"/> Avec liquides
Mode d'alimentation	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Haché	<input type="checkbox"/> Mixée
Si besoin, précisez :			

Urinaires

Mode de miction :	<input type="checkbox"/> normal (<i>sur WC</i>)	<input type="checkbox"/> protection	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> assure seul(e) en toute circonstance (voyage...) ses mictions et l'hygiène attenante		<input type="checkbox"/> aide partielle ou dans certain cas	<input type="checkbox"/> aide importante ou totale par un tiers
des fuites surviennent	<input type="checkbox"/> jamais ou exceptionnellement	<input type="checkbox"/> parfois	<input type="checkbox"/> tous les jours ou presque
Si besoin, précisez :			

Intestinales Mode d'élimination	<input type="checkbox"/> normal (<i>sur WC</i>)	<input type="checkbox"/> protection	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> assure seul(e)	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide importante ou totale par un tiers

Respiratoires :

<input type="checkbox"/> aucun problème	<input type="checkbox"/> précautions	Si besoin, précisez :
---	--------------------------------------	-----------------------

Epilepsie

Comitialité	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> stabilisée (<i>traitement équilibré, pas de crise</i>)
fréquence des crises :	<input type="checkbox"/> très rares (<i>1/mois</i>)	<input type="checkbox"/> peu fréquente (<i><1/sem</i>)
	<input type="checkbox"/> fréquente (<i>>1/sem</i>)	<input type="checkbox"/> très fréquentes (<i>tous les jours</i>)
Type de crise (manifestation repérable par des non-initiés)		
Prescription et conduite à tenir en cas de crise (et après la crise)		

Troubles cognitifs

<input type="checkbox"/> troubles de la parole (<i>articulation, prononciation</i>)
<input type="checkbox"/> problème de langage (<i>combinaison et choix des mots, difficulté de compréhension</i>)
<input type="checkbox"/> troubles neuropsychologiques
<input type="checkbox"/> mémoire <input type="checkbox"/> attention <input type="checkbox"/> orientation <input type="checkbox"/> syndrome frontal
Précision : Quel accompagnement est nécessaire pour les activités ?

Troubles du comportement

<input type="checkbox"/> difficultés en collectivité (<i>réactions inappropriées, agressivité, fugue...</i>)
Type de troubles :
Quel accompagnement est nécessaire pour les activités ?
<input type="checkbox"/> troubles de l'humeur (dépression...) <input type="checkbox"/> avec traitement psychiatrique en cours

Conduite addictive

Consommation d'alcool, tabac et autres toxiques (précisez éventuellement la surveillance à apporter)

Autres difficultés :

--

Précautions / contre-indications :

Alcool (<i>interférence médicamenteuse</i>)	
MST ou maladie transmissible par contact sanguin (VIH, autre...)	
Allergies (<i>médicaments, aliments...</i>)	
Régime alimentaire adapté	
Moyen de transport	
Baignade accompagnée	

Recommandations particulières :

	Dépendance nécessitant la présence d'un tiers pour accompagner l'adhérent lors des activités
--	--