

**FICHE D'ADMISSION**  
**pour un enfant en situation de handicap**

Rempli par :

Nom : Prénom :

Rempli le :

Tél. :

E-mail :

Le responsable légal autorise la transmission de cette fiche : Oui Non

Nom : Prénom : Signature :

Nom : Prénom : Date de naissance : Pédiatre : Tél. : E-mail : Curateur de soin : Tél. : E-mail : Personne à prévenir : SIPeD	<b>Assistant social :</b> Nom : Tél. : <b>Ecole-internat :</b> Réfèrent infirmier : Tél. : E-mail : <b>UAT :</b> Réfèrent infirmier : Tél. : E-mail : CMS
<b>Handicap</b> Mental/psychique Moteur/physique TSA Polyhandicap Sensoriel (vue, ouïe, etc.)	<b>Troubles</b> du comportement : Oui Non <b>Troubles</b> de la communication : Oui Non <b>Risque de :</b> Fugue Chute Auto-agressivité Hétéro-agressivité
<b>Allergies :</b> Médicamenteuses : Alimentaires :	<b>Recommandations anticipées</b> Non Oui (à joindre au présent document)

**LORS D'UNE ADMISSION AUX URGENCES** (si connus)**Poids :** **Taille :** **Heure du dernier repas :****Dernier traitement administré (quoi et quand) :****Soins**

Echelle de sévérité : Non Oui (à joindre au présent document)

Echelle de la douleur habituelle : Non Oui (à joindre au présent document)

Respiration : O<sub>2</sub> débit litre/minute : Autres :

Mobilité : Chaise roulante Marche seul Moyens auxiliaires :

Alimentation : Par la bouche SNG Par PEG Par PEJ

Eau épaissie : Oui Non

Type d'alimentation, heure des repas, quantité, régime, texture (sans lactose, sans gluten, cétogène, etc.)

Autres soins :

**Elimination**

Incontinence urine : Oui Non Incontinence selles : Oui Non

Protection/couche : Oui Non Condom : Oui Non

Sonde urinaire : Oui Non Autres :

**Epilepsie**

Protocole d'urgence d'épilepsie : Non Oui (à joindre au présent document)

Facteurs déclenchants :

Déroulement des crises (signes précurseurs, manifestations principales, durée, etc.) :

Fréquence des crises :

Attitude face à la crise :

**Antécédents médicaux, chirurgicaux, diagnostics**

TTT médicamenteux : joindre un document explicatif (exemple : « Délégation pour l'administration des médicaments »)  
Apporter les traitements particuliers (**pas piluliers, mais boîtes !**)

**Vaccination** (tétanos, grippe, COVID-19, etc.)

A jour : Oui Non (préciser lesquelles) :

**Surveillances, préventions**

Peau (risque d'escarres) :

Transit (risque de constipation) :

Déshydratation :

Autres :

**Si vient à jeun pour un examen ou une opération : moyens à mettre en place pour atténuer l'inconfort**

(Exemples : heure à convenir, prise en charge rapide, musique, lumière tamisée, casque anti-bruit, etc.)

**Communication**

Comprend : Phrases Mots Images Autres :

S'exprime : Phrases Mots Pointe du doigt Autres :

Langue utilisée :

**Moyens auxiliaires de communication**

Ordinateur Pictogrammes Langue des signes LPC Braille Autres :

**Conseils pour entrer en contact avec la personne** (exemples : ne supporte pas d'être touché, parler à distance, se mettre en face pour parler, utiliser un objet, son doudou, etc.)**Attitudes particulières pour les soins** (expliquer avec des images, déplacer l'attention, montrer sur quelqu'un d'autre avant, jeu, récompense, besoin de toucher les objets, musique préférée, lumière tamisée, hypnose, MEOPA, Papoose Board, etc.)**Manifestations habituelles pour exprimer**

1. Douleur :
2. Anxiété :
3. Inconfort :
4. Désaccord :
5. Bien-être :

**Prise en charge : que faire ?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**A prévoir :**

Chambre individuelle  
Chambre à deux lits  
Barrières de lit  
Lit adapté ou spécial  
Lit pour accompagnant  
Coussins de positionnement  
Moyens de contention  
Attelles  
Fauteuil roulant manuel  
Rollator  
Autres :

**Vient avec :**

Lunettes  
Appareil auditif  
Casque de protection  
Lit adapté ou spécial  
Objet transitionnel  
Coussins de positionnement  
Moyens de contention (protocole à mettre en annexe)  
Attelles  
Fauteuil roulant manuel  
Fauteuil roulant électrique  
Rollator  
Autres :

**Transport de retour**

Contactez **au plus tôt** l'institution, la famille ou le proche aidant pour le transport du retour  
Commande de retour en ambulance par le CHUV avec ordonnance Assis Couché