



## 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

**Assistant social:**  
 Nom: \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_  
**Ecole-internat:**  
 Référent infirmier: \_\_\_\_\_  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
**UAT:**  
 Référent infirmier: \_\_\_\_\_  
 Tél.: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 CMS

**Handicap**  
 Mental/psychique Moteur/physique  
 TSA Polyhandicap  
 Sensoriel (vue, ouïe, etc.)

**Troubles** du comportement: Oui Non  
**Troubles** de la communication: Oui Non  
**Risque de:** Fugue Chute  
 Auto-agressivité Hétéro-agressivité

**Allergies:** Médicamenteuses:  
 Alimentaires: \_\_\_\_\_

**Recommandations anticipées**  
 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**

Contacter 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