



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

Rempli par : Famille    Médecin    Infirmier    ASSC    Educateur    Rempli le :  
Nom :                      Prénom :                      Tél. :                      E-mail :

<p>Nom : Prénom : Date de naissance : Pédiatre : Tél. : E-mail : Curateur de soin : Tél. : E-mail : Personne à prévenir : SiPeD</p>	<p><b>Assistant social :</b> Nom :                      Tél. : <b>Ecole-internat :</b> Réfèrent infirmier : Tél. : E-mail : <b>UAT :</b> Réfèrent infirmier : Tél. : E-mail : CMS</p>
---	---

<p><b>Handicap</b></p> <p>Mental/psychique                      Moteur/physique TSA                      Polyhandicap Sensoriel (vue, ouïe, etc.)</p>	<p><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</p>
---	---

<p><b>Allergies:</b> Médicamenteuses : Alimentaires :</p>	<p><b>Recommandations anticipées</b> Non    Oui (à joindre au présent document)</p>
---	---

**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, cétoène, 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:

**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