

## FICHE DE SORTIE après l'hospitalisation d'un enfant en situation de handicap

Remplir les rubriques utiles pour une bonne compréhension des besoins de l'enfant suite à son hospitalisation

### A remplir par l'infirmier en charge de l'enfant

Service/Unité :                      Nom :                      Prénom :  
Date :                                      Signature :

### Personne de contact

Médecin référent lors de l'hospitalisation :    Nom :                      Prénom :  
Educatrice/enseignant référent  
lors de l'hospitalisation :                      Nom :                      Prénom :

### Autorisation

À la sortie de l'hospitalisation, la fiche de sortie est remise :

Au responsable légal :    Nom :                      Prénom :  
A une autre personne :    Nom :                      Prénom :

Le responsable légal autorise le professionnel du CHUV à transmettre ce document au service médico-infirmier de la structure d'accueil de l'enfant:    Oui    Non

Nom de la structure :

E-mail du service médico-infirmier de la structure (Voir liste Data 3\_ped\_Handicap-Enfant)

### Handicap de l'enfant

Mental/psychique            Moteur/physique            TSA            Polyhandicap  
Sensoriel    Vue    Ouïe    Autre :

Trouble du comportement :    Oui    Non    Trouble de la communication :    Oui    Non

**Risque de :**    Fugue    Chute    Auto-agressivité    Hétéro-agressivité

Echelle de sévérité :    Non    Oui (à mettre en annexe)

Recommandations anticipées :    Non    Oui (disponibles auprès du responsable légal)

Allergies :    Connues    Non connues

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Poids à la sortie :

Prise ou perte de poids :

Taille à la sortie :

Prise ou perte de taille :

### Motifs de l'hospitalisation :

### Attitudes et décisions :

**Communication**

Comprend : Phrases Mots Images Autres :  
S'exprime : Phrases Mots Pointe du doigt Autres :

Moyens auxiliaires de communication : Ordinateur Pictogrammes Braille  
Langue des signes Langage parlé complété (LPC) Autres :

Conseils pour entrer en contact avec l'enfant (*exemples : ne supporte pas d'être touché, parler à distance, se mettre en face pour parler, utiliser un objet, son doudou, etc.*) :

**Manifestations habituelles pour exprimer**

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

**Prise en charge : que faire ?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Comment l'enfant s'occupe en vue de se réaliser ?** (*activités appréciées, centres d'intérêt, etc.*)**Soins**

**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.*)

Echelle de la douleur habituelle : Non Oui (à mettre en annexe) :  
Remarque sur la prise en charge de la douleur :

**Respiration**

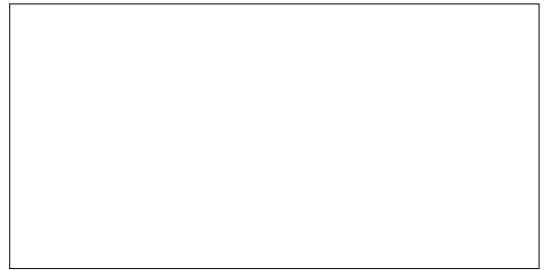
O<sub>2</sub> débit litre/minute : Lunettes Masque  
CIPAP :  
Physiothérapeute de référence : Nom : Tél. :  
Autres :  
Remarques sur la respiration :  
**Risques :**

**Lavage du nez**

Mouche-bébé, aspiration, NaCl, etc. :

**Se moucher**

Dépendant Indépendant Avec de l'aide / guidage

**Mobilité**

Dépendant      Chaise roulante      Tient assis      Tient debout      Marche seul  
Moyens auxiliaires (attelle, aide à la marche, aide aux transferts, gigogne, etc.):

Physiothérapeute de référence:      Nom:      Tél.:  
Remarques sur la mobilité:

**Risque (chute, déséquilibre, frottement, crampes, spasme, etc.):**      Non      Oui  
Moyen de prévention:

**Alimentation**

Bouche      SNG      Bouton de gastronomie      PEG      Eau épaissie  
Stimulation orale      Protocole d'alimentation en annexe ou remplir ci-dessous:  
Type d'alimentation et hydratation, horaires, quantités, texture:

Régime (sans lactose, sans gluten, cétoène, etc.):

Mastication:

Goûts alimentaires:

Dégoûts alimentaires:

Habitudes de l'enfant:

Position de l'enfant lors de l'alimentation:

Remarques sur l'alimentation:

**Risques (déshydratation, fausse route, cracher, jeter, etc.):**      Non      Oui

Protocole de logopédie lors de fausse route:      Non      Oui (à mettre en annexe)

Référent logopédie:      Nom:      Tél.:

Moyens de prévention:

**Elimination**

Incontinence urine:      Non      Oui      Incontinence selles:      Non      Oui  
Protection/couche      Condom      Sonde urinaire      Autres:

Mensurations:      Non      Oui

Remarques sur l'élimination:

**Risques (constipation, etc.):**      Non      Oui      Moyens de prévention:

**Hygiène corporelle**

Dépendant      Indépendant      Avec de l'aide / guidage  
Bain:      Non      Oui      Douche:      Non      Oui      Lavabo:      Non      Oui      Lit baignoire:      Non      Oui  
Produits utilisés, habitudes, température de l'eau, musique, odeurs, luminosité, heures:

Peau saine:      Non      Oui      Risque d'escarres:      Non      Oui

Moyens de prévention:

Remarques sur la peau:

**Brossage des dents**

Dépendant      Indépendant      Avec de l'aide / guidage  
Produits utilisés, habitudes, heures:

**Soins de bouche**

Dépendant      Indépendant      Avec de l'aide / guidage  
Bâtonnet monté, brosse à doigt, produits, etc.:



**Bavage**

Oui Non

Remarques :

**Habillage**

Dépendant Indépendant Avec de l'aide / guidage

Habitudes, heures, goûts vestimentaires, dégoûts vestimentaires, etc. :

Risques (se dévêtir en public, vêtements inappropriés selon la météo, etc.) :

**Dormir et se reposer**

Habitudes, heures, sieste, etc. :

Risques (insomnie, pleurs, etc.) :

Moyens pour l'aide à l'endormissement, lors de réveils nocturnes :

**Maintien de la température**

Risques (trouble de la sensibilité chaud/froid, hypothermie, etc.) :

**Autres soins**

**Conseils, rituels lors de la prise du médicament par l'enfant :**

**Epilepsie**

Protocole d'urgence d'épilepsie : Non Oui (à mettre en annexe)

Comment décrivez-vous le déroulement de la crise d'épilepsie (absence, hypotonie, tonico-clonique, etc.) ?

Existe-t-il des facteurs déclenchants ? Non Oui

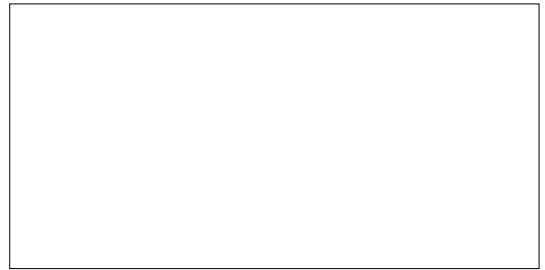
Quelles sont les précautions à prendre pour éviter une crise ?

Moyens de protection pour éviter les blessures lors de crises (casque, etc.) ?

Moyens de détection des crises lors du sommeil (matelas EMFIT, webcam, etc.) ?

Faut-il remplir un calendrier des crises ? Non Oui (joindre le calendrier)

Faut-il appeler les parents en cas de crise ? Non Oui



TTT médicamenteux : *joindre l'ordonnance médicale*  
(si possible remplir le document « Délégation pour l'administration des médicaments »)

**Retour à domicile avec des moyens auxiliaires**

- Coussins de positionnement
- Moyens de contention (protocole à mettre en annexe)
- Attelles
- Fauteuil roulant manuel
- Fauteuil roulant électrique
- Rollator
- Vue/lunettes
- Ouïe/appareil
- Casque de protection
- Objet transitionnel
- 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