

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 à l'établissement de l'enfant: Oui Non Signature : _____

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

O₂ 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

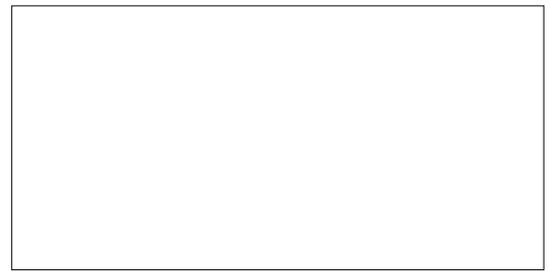
Quelles sont les précautions à prendre pour éviter une crise ?

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