



### IDENTITÉ

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexe : F  H

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_



### LIEU DE VIE (adresse)

• Domicile : \_\_\_\_\_



• Établissement médico-social : \_\_\_\_\_

### MÉDECIN TRAITANT

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_



### MÉDECIN COORDINATEUR

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_



### LA PERSONNE QUI M'ACCOMPAGNE LORS DE LA CONSULTATION

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lien avec la personne accompagnée : \_\_\_\_\_



### PROTECTION JURIDIQUE

Aucune  Curatelle Simple  Tutelle  Mineur anticipé

Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice



### REPRÉSENTANT LÉGAL (MINEUR, TUTELLE)

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_



### MOTIF DE RECOURS AU SERVICE HANDICONSULT

- Difficulté d'accès au lieu de soins dans un cabinet de ville
- Difficulté lié au matériel (inadaptation des matériels d'examens ou de soins)
- Difficulté relationnelle lors du premier contact (ressenti, appréhension, renoncement aux soins)
- Refus de prise en charge (praticien, établissement)

**Comment avez-vous eu connaissance de l'existence des consultations dédiées ?**

### VOLET MÉDICAL

Nature du handicap : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitements en cours : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### LA CONSULTATION

Les besoins en soins :  Bilan     Détartrage     Soins courants  
 Douleur     Extraction     Prothèse mobile / fixe

Autre : \_\_\_\_\_

*Apporter les derniers résultats d'examens , compte-rendus de consultations ou d'interventions.*



### ACCOMPAGNEMENT NÉCESSAIRE À LA CONSULTATION

- Le temps en salle d'attente est-il problématique :  Oui  Non  
Si oui, à quel numéro pouvons-nous vous contacter pour vous avertir que nous sommes prêts à vous accueillir au cabinet : ☎ Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Nécessité d'une ambiance sonore :  Oui  Non  
Si oui, quelle musique : \_\_\_\_\_
- Ambiance lumineuse :  Normale  Modérée  Tamisée  
Prévoir des lunettes teintées pour la lumière du scialytique :  Oui  Non
- Compréhension :  Normale  Limitée  Non évaluable
- Prévoir une consultation blanche afin de découvrir les lieux, les visages, la table d'examen, de présenter le déroulement d'une consultation... :  Oui  Non
- Objet(s) rassurant(s) ou distrayant(s) : \_\_\_\_\_
- Objet(s) / situations spécifiques qui ne sont pas supportées : \_\_\_\_\_
- Comportements à éviter par les professionnels : \_\_\_\_\_
- Souhait d'envoi de matériel pour préparer la consultation (ex : outils visuels par le biais de BD Santé, photo du cabinet, photo de l'équipe...) : \_\_\_\_\_



#### **Document à retourner :**

- par mail : [handiconsult@fondation-misericorde.fr](mailto:handiconsult@fondation-misericorde.fr)
- par courrier : Fondation Hospitalière de la Miséricorde  
Service Handiconsult  
15 Fossés Saint Julien  
14000 CAEN

#### **Parcours du patient :**

- Faire son entrée administrative à l'accueil de la Fondation Hospitalière de la Miséricorde.
- Se diriger en **salle d'attente UASS** au rez de chaussée.