



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
- 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.