



## Accueil des personnes à besoins spécifiques

Tél.: 04 321 56 51

E-mail: [welcome@chrcitadelle.be](mailto:welcome@chrcitadelle.be)

Adresse: Boulevard du 12<sup>e</sup> de Ligne 1  
4000 Liège

# FICHE DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DES PERSONNES À BESOINS SPÉCIFIQUES (PBS)

Cette fiche de liaison a pour objectif de faciliter la prise en charge des PBS lors de leur visite au CHR (consultation, hospitalisation, ...).

## Matériel nécessaire à l'arrivée



Chaise roulante



Brancard



Point de rencontre: .....

Remarques: .....

.....

## Identification du handicap



Moteur



Visuel



Désorientation



Auditif



Mental



Communication



Autisme



Psychique



## Coordonnées du patient

Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance: ..... / ..... / .....

Adresse: .....

Téléphone: .....

Médecin traitant: ..... Personne aidante: .....

### Coordonnées de l'insitution / de la personne responsable

Nom: .....

Téléphone: .....

## 1. COMMUNICATION

### Langue usuelle

- Français  Autres

### Communication

- Verbale  Non-verbale
- Autres** (précisez sur la feuille annexe)

### Fiabilité de la communication

- Oui  Non

### Utilise un support de communication

- Oui (précisez sur la feuille annexe)  Non

## 2. COMPORTEMENT

### Participation

- Oui  Non

### Agitation

- Oui  Non

### Replié sur lui-même

- Oui  Non

### Orientation dans le temps

- Oui  Non

### Risque de fugue

- Oui  Non

### Agressivité

- Oui  Non

### Orientation dans l'espace

- Oui  Non

### Gestes, attitude à éviter

- Ne supporte pas d'être touché
- Ne supporte pas le bruit
- Autres (précisez sur la feuille annexe)

## 3. LOCOMOTION - TRANSERT - DÉPLACEMENTS - MOTRICITÉ

### Risque de chute

- Oui  Non

### Se déplacer

- Aucune difficulté
- En prenant appui
- Avec une aide à la locomotion
- Déplacement sans aide / très difficile

### Rester debout

- Aucune difficulté
- En prenant appui
- Avec l'aide et le soutien d'une personne
- Très difficile ou impossible sans aide

### Nécessite une aide

- Pour s'habiller
- Pour se déshabiller
- Pour aller à la toilette
- Pour manger/boire
- Autres: .....

### Aide à la locomotion

- Chaise roulante manuelle
- Chaise roulante électronique
- Canne, béquilles
- Rollator
- Autres (préciser sur la feuille annexe)

### Se transférer

- Aucune difficulté
- En prenant appui
- Avec l'aide et le soutien d'une personne
- Très difficile ou impossible sans aide

#### 4. ETAT SENSORIEL

##### Audition

- Malentendant
- Non entendant
- Appareillage auditif
- Pratique de la langue des signes
- Lecture labiale
- Interprète

##### Vue

- Malvoyant
- Non-voyant
- Lunettes
- Chien guide
- Canne blanche
- Autres** (précisez sur la feuille annexe)

#### 5. RESPIRATION

##### Assistance respiratoire

- Oui
- Non

#### 6. CRISE D'ÉPILEPSIE

##### Crise d'épilepsie

- Oui (précisez sur la feuille annexe)
- Non

#### 7. TROUBLE DE LA DÉGLUTITION

- Oui (précisez les moyens de préventions sur la feuille annexe)
- Non

#### 8. ALLERGIES/ CONTRE-INDICATIONS

- Oui (précisez les moyens de préventions sur la feuille annexe)
- Non

#### 9 AUTRES BESOINS

##### Chien d'assistance

- Oui
- Non

##### Nécessite un temps de consultation plus important

- Oui
- Non

#### 10. MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA CONSULTATION / À L'HOSPITALISATION

- Matelas anti-escarres
- Chaise percée
- Palan
- Rehausseur WC
- Autres (précisez sur la feuille annexe)

