

## FICHE DE LIAISON POUR L'ACCUEIL DES PERSONNES À BESOINS SPECIFIQUES (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



Civière

Point de rencontre :

Remarque(s) :

### Identification du handicap



Moteur  
Communication



Visuel



Désorientation



Auditif



Psychique



### Coordonnées du patient

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Personne aidante : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_

N° de 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, attitudes à éviter**
  - Ne supporte pas d'être touché
  - Ne supporte pas le bruit
  - Autres (précisez sur la feuille annexe)

## 3. LOCOMOTION-TRANSFERT-DEPLACEMENTS-MOTRICITE

- **Risque de chute**
  - OUI
  - NON
- **Se déplacer**
  - Aucune difficulté
  - En prenant appui
  - Avec une aide à la locomotion
  - Déplacement sans aide / très difficile
- **Aide à la locomotion**
  - Chaise roulante manuelle
  - Chaise roulante électronique
  - Canne, béquilles
  - Rollator
  - Autres (préciser sur la feuille annexe)
- **Rester debout**
- **Se transférer**

- 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 : .....

- 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'EPILEPSIE

- **Crise d'épilepsie**

- OUI (précisez le protocole à respecter sur la feuille annexe)
- NON

## 7. AUTRES BESOINS

- **Troubles de la déglutition**

OUI (précisez les moyens de préventions sur la feuille annexe)

NON

- **Chien d'assistance**

- **Allergies/ Contre-indications**

OUI

NON

- **Nécessite un temps de consultation plus important**

OUI

NON

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

Matelas anti-escarres

Chaise percée

Palan

Rehausseur WC

Autres (précisez sur la feuille annexe)

