

FICHE DE SOLLICITATION EMAH
Equipe Mobile d'Accès aux Soins pour personnes
en situation de Handicap



Date du contact : / /

Réceptionnée par :

Solliciteur :

Faite par (nom et qualité) :

Coordonnées

Téléphone :

Mail :

Fax :

Motif :

Coordonnées de l'utilisateur :

☐ Monsieur

☐ Madame

Date de naissance : / /

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Détails :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Email : @

Numéro de sécurité sociale :

Nom et coordonnées du service, foyer, réseau, centre :

Protection juridique :

- ☐ Tutelle familiale
- ☐ Tutelle administrative
- ☐ Curatelle
- ☐ Curatelle renforcée
- ☐ Mesure de protection en cours
- ☐ Mesure d'accompagnement spécialisée

Nom et coordonnées du tuteur/ curateur :

Personnes de confiance :

Nom/prénom :

Coordonnées :

Suivi médical :

Pathologie(s) :

Antécédent(s) :

Médicaux :	Chirurgicaux
<u>Epilepsie</u> : ☐ Oui ☐ Non Commentaire(s) : <u>Respiration</u> : O2 : Oui ☐ Non ☐ Commentaire(s) :	

Traitement(s) :

Référents

Médecin traitant :

Médecin(s) spécialiste(s) :

Paramédicaux :

--

Poids :kg

Taille :m....

Risque d'Escarre(s) : ☐ Oui ☐ Non

Allergie(s) : ☐ Oui :☐ Non

Communication :

☐ Verbale ☐ Non verbale

Commentaire :

Comportementale :

Participation : ☐ Oui ☐ Non

Agitation : ☐ Oui ☐ Non

Replié sur lui-même : ☐ Oui ☐ Non

Risque de fugue : ☐ Oui ☐ Non

Auto-agressivité : ☐ Oui ☐ Non

Hétéro agressivité : ☐ Oui ☐ Non

Déficiences intellectuelles : ☐ Oui ☐ Non

Remarques/ recommandations :

Locomotion (Transfert- déplacements) :

Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Matériel de locomotion :

Fauteuil : ☐ Oui ☐ Non

Déambulateur : ☐ Oui ☐ Non

Canne : ☐ Oui ☐ Non

Transfert (autonome lit/fauteuil) : ☐ Oui ☐ Non

Commentaire(s) :

Position assise : ☐ Oui ☐ Non

Utilisation autonome du fauteuil : ☐ Oui ☐ Non

Appareillage :

Motricité :

Spasticité / raideur : ☐ Oui ☐ Non

Dystonie : ☐ Oui ☐ Non

Troubles orthopédiques invalidants :

☐ Rachis ☐ Hanche ☐ Fragilité osseuse

Autres :

Précautions à adopter :

Etat sensoriel :

Malvoyant : ☐ Oui ☐ Non

Non voyant : ☐ Oui ☐ Non

Malentendant : ☐ Oui ☐ Non

Non entendant : ☐ Oui ☐ Non

Hypoesthésie : ☐ Oui ☐ Non

Hyperesthésie : ☐ Oui ☐ Non

Appareillage auditif : ☐ Oui ☐ Non

☐ Droit ☐ Gauche ☐ appareillage bilatéral

Lunettes : ☐ Oui ☐ Non

Alimentation :

☐ Orale ☐ non

Commentaire(s) :

Autonome : ☐ Oui ☐ Non

Fausse route :

Alimentaire : ☐ Oui ☐ Non

Liquide : ☐ Oui ☐ Non

Commentaire(s) :

Elimination :

☐ Continent(e) ☐ incontinent(e)

Commentaire(s) :

Douleur :

Douleurs habituelles : ☐ Oui ☐ Non

Manifestations douloureuses :

Habituellement comment la douleur est elle soulagée ?

L'aidant doit-il être présent lors des consultations/ hospitalisation ? ☐ Oui ☐ Non

Une prémédication est-elle nécessaire ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui laquelle ? :

Note générale