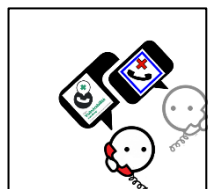


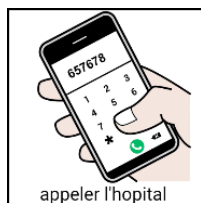


Fiche de renseignements Vulnérabilité-Handicap FALC

EN CAS D'URGENCE MEDICALE :



Signaler que vous appelez dans le cadre de la **filière vulnérabilité-handicap**



En cas d'orientation pour les urgences de Lapeyronie,

04 67 33 95 02



Remettre cette fiche remplie à l'infirmier en arrivant



Filière
**Vulnérabilité
Handicap**
la prise en soin adaptée aux personnes fragiles

Fiche de renseignements Vulnérabilité-Handicap FALC



Etat civil :

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse si résidence temporaire :

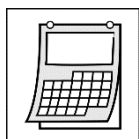
Personne de confiance ou famille :

Nom :

Prénom :

Tél :

Lien de parenté :



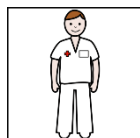
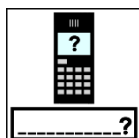
Date :



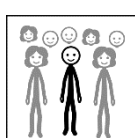
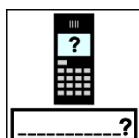
Etablissement/Service :



Adresse :



Tél Médecin ou IDE :



Contact en cas d'urgence (personne d'astreinte, structure,
numéro de l'aidant...)



Filière
**Vulnérabilité
Handicap**
la prise en soin adaptée aux personnes fragiles

Fiche de renseignements

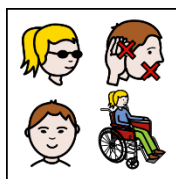
Vulnérabilité-Handicap

FALC

Connaissance de la personne :



Langue parlée :



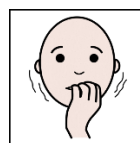
Handicaps/déficit :

Niveau d'autonomie :

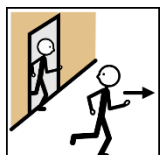
Gestion des risques :



Chute



Psychique (ex : situation engendrant un stress avec réaction inadaptée, phobies...)



Fugue, déambulation



Addictions



Escarre ou risque majeur d'atteinte cutanée



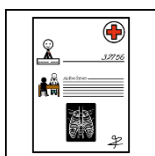
Prothèses et effets personnels :



Fiche de renseignements Vulnérabilité-Handicap FALC

Motif d'admission :

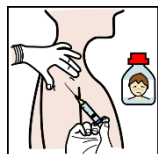
Antécédents :



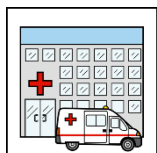
Médicaux/chirurgicaux/psychiatriques :



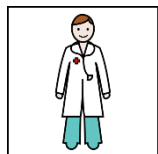
Allergies/intolérances



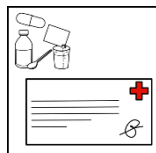
Vaccins :



Noms des établissements fréquentés si hospitalisation



Nom des spécialistes consultés si consultations spécialisées



Traitements (joindre ordonnance en annexe)



Fiche de renseignements Vulnérabilité-Handicap FALC

CHECK LIST des documents à fournir à l'accompagnant « aidant »

- ☐ Photocopie de la carte d'identité
- ☐ Attestation carte vitale
- ☐ Attestation de mutuelle
- ☐ Dossier de liaison d'urgence (DLU)
- ☐ Photocopie de la dernière ordonnance
- ☐ Photocopies des transmissions de soins ou éducatives des 5 derniers jours
- ☐ Photocopie du dernier bilan sanguin de moins de 3 mois, avec clairance de la créatinine et INR (si Antivitamines K - AVK)
- ☐ Compte rendu de la dernière hospitalisation
- ☐ Fiche ou carnet de suivi des soins (glycémie, pansements, perfusions, ventilation, nutrition, etc.)

Au besoin :

- ☐ Fiche BMR (Bactéries Multirésistantes)
- ☐ Photocopies des directives anticipées
- ☐ Carnet de suivi du pacemaker ou du défibrillateur implantable