

Passeport handicap

Cette fiche a pour but d'améliorer la prise en charge médicale des patients en situation de handicap.

Elle permet notamment aux professionnels de :

- mieux comprendre le patient et anticiper ses comportements ;
- apporter, en situation d'urgence, une prise en charge appropriée du patient, selon son état et ses souhaits (cf. loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016).



POINT DE VIGILANCE : une personne en situation de handicap peut avoir besoin de son **aidant** auprès d'elle.

Un-e aidant-e peut rassurer la personne, communiquer des informations sur son état de santé et servir d'interprète.

À SAVOIR : retrouvez à la page 3 de ce document des éléments pouvant rassurer la personne et ainsi faciliter les soins.

1 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES



NOM d'usage :

NOM de naissance (si différent) :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTIFICATION DU HANDICAP :



Auditif



Moteur



Neuro-développemental



Psychique



Verbal



Visuel

Fiche renseignée par : ☐ Patient ☐ Aidant ☐ Famille ☐ Médecin traitant ☐ Professionnel de santé

Date de la 1^{re} fiche ou date de mise à jour :

Consentement de la personne ou de son représentant légal au partage d'informations la concernant (article L1110-4 du CSP) :

☐ Oui ☐ Non

Mesure de protection : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser laquelle :

Si oui, indiquer nom/prénom, tél et mail du représentant :

Existence de directives anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

☐ En pièce jointe ☐ Sur le Dossier Médical Partagé (DMP) ☐ A domicile

RÉSIDENCE DE LA PERSONNE :

Établissement (si applicable) :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

PERSONNE À PRÉVENIR :

NOM - Prénom : Lien :

Adresse : Téléphone :

Mail :

PERSONNE DE CONFIANCE :

NOM - Prénom : Lien :

Téléphone :

ÉQUIPE SOIGNANTE HABITUELLE :

Médecin traitant : Localité :

Téléphone :

Cabinet infirmier : Localité :

Téléphone :

Médecin(s) référent(s) :

Service de repli éventuel en cas de nécessité d'hospitalisation :



DIAGNOSTICS :

Pathologie/handicap principal :

Diagnostics associés à prendre en compte :

Porteur d'une Bactérie Multi Résistante (BMR) : ☐ Oui ☐ Non

CAPACITÉS MOTRICES ET RESPIRATOIRES :

Déficit moteur : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser le côté :

État respiratoire habituel (encombrement, toux efficace ou non) :

Objectif de saturation en O₂ (si applicable) :

CAPACITÉS SENSORIELLES :

Surdité : ☐ Partielle ☐ Totale ☐ Non

Cécité : ☐ Partielle ☐ Totale ☐ Non

ANTÉCÉDENTS ET TRAITEMENTS (joindre ordonnance en cours) :

Antécédents significatifs :

Allergies :

Traitements et protocoles en cours :

Traitements contre-indiqués :

ÉPILEPSIE :

Epilepsies : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fréquence : Type :

Port de casque : ☐ Oui ☐ Non

Protocole en cas de crise :

Remarques, recommandations préventives :

PRISE EN CHARGE À DOMICILE ET EN FIN DE VIE :

Prescriptions anticipées personnalisées pour un symptôme pouvant survenir à domicile (dyspnée aiguë, douleur, hémorragie, angisse...): ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquelles :

Existence d'une fiche « Urgence Pallia » (SAMU Pallia) et/ou d'une fiche « Patient remarquable » : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de la ou les joindre au document.

Souhaits exprimés par la personne quant à la prise en charge sanitaire et/ou à la fin de vie (traitements, sédation, hospitalisation, décès à domicile, ...):



ÉLÉMENTS FACILITANT LE SOIN :

→ La présence de l'accompagnant peut être indispensable.

Ce qui rassure la personne :

☐ Musique ☐ Objet transitionnel ☐ Massage ☐ Autre :

Ce qu'il faut éviter (gestes, attitudes, lumière, bruits, ...) :

Ce qu'il est possible ou non de faire :

Ouverture/examen de la bouche : ☐ Oui sur commande ☐ Oui sur incitation ☐ Difficilement ☐ Impossible

Examens cliniques non réalisables (stéthoscope, otoscope, prise tension artérielle, palpation abdominale, prise de sang, ...) :

GESTION DE LA DOULEUR :

Prévention des douleurs procédurales : ☐ Anesthésiant par voie cutanée (crème, patch...) ☐ MEOPA/KALINOX

Expressions d'un état douloureux :

La personne est capable d'exprimer un état douloureux : ☐ Oui ☐ Non

☐ Verbale ☐ Mimiques ☐ Pleurs ☐ Cris ☐ Agitation ☐ Raideurs ☐ Mouvements de défense ☐ Automutilations

☐ Autre, préciser :

La personne est capable de localiser la douleur sur un schéma corporel : ☐ Oui ☐ Non

Outils utilisés habituellement pour évaluer la douleur :

☐ Application(s) (Apo EDENC, ...) ☐ Échelle(s) d'évaluation de la douleur ☐ Autre

Préciser le/les outils utilisés :

COMMUNICATION :

Communication verbale : ☐ Oui ☐ Non

Fiabilité du oui/non :

Langage à adopter : ☐ Courant ☐ Phrases courtes ☐ Mots simples ☐ Autre :

Aménagement(s) éventuel(s) : ☐ Interprétariat en Langue des Signes Française (LSF)

☐ Interprétariat en langue étrangère, préciser :

☐ Autre :

Capacité à lire : ☐ Oui ☐ Non

Utilisation du Facile A Lire et à Comprendre (FALC) : ☐ Oui ☐ Non

Utilise un support de communication : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Utilise un matériel électronique : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Mode d'entrée en relation (usage du prénom/nom, tutoiement/vouvoiement, ...) :



COMPORTEMENT :

Existe-t-il des troubles du comportement : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles manifestations :

Facteurs déclenchants :

Remarques / recommandations :

LOCOMOTION – TRANSFERTS – DÉPLACEMENT :

Marche : ☐ Oui ☐ Non

Aide humaine : ☐ Oui ☐ Non

Aide technique : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : ☐ Fauteuil roulant manuel ☐ Fauteuil roulant électrique ☐ Déambulateur ☐ Béquilles

Transfert : ☐ Seul(e) ☐ Aide humaine – nombre de personnes :

☐ Aide technique, préciser : ☐ Verticalisateur ☐ Guidon ☐ Lève-personnes

MOTRICITÉ :

Posture de confort spontanée ou habituelle :

Spasticité/raideur : ☐ Oui ☐ Non

Mouvements anormaux : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Appareillage : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : ☐ Attelle de jour ☐ Attelle de nuit ☐ Corset ☐ Siège moulé pour fauteuil

☐ Semelles ☐ Chaussures orthopédiques ☐ Matelas moulé ☐ Matelas à air

RESPIRATION :

☐ Trachéotomie ☐ Trachéostomie ☐ Matériel d'aspiration ☐ O₂ : Débit/Durée :

☐ Respirateur ☐ Ventilation continue ☐ Kiné respiratoire

☐ Canule : type/taille/rythme de changement/capacité d'apnée/consignes de confort :

Installations à privilégier ou à éviter :

Matériels à emporter en cas de transfert :

ALIMENTATION :

☐ Orale ☐ Sonde naso-gastrique ☐ Gastrostomie ☐ Parentérale

Troubles de la déglutition : ☐ Fausse route alimentaire ☐ Fausse-route liquide

☐ Mange seul ☐ Avec supervision ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

Hydratation : ☐ Eau plate ☐ Eau pétillante ☐ Gélifiée

Texture aliments : ☐ Normale ☐ Hachée ☐ Mixée

Matériel adapté :

Port de prothèse dentaire : ☐ Oui ☐ Non

Régimes particuliers (préciser) :

Troubles du comportement alimentaire : ☐ Oui ☐ Non

Remarques, installation à privilégier ou à éviter :



ÉLIMINATION :

Propreté acquise (urines/selles) : ☐ Oui ☐ Non

Si non, protections : ☐ Nuit ☐ Jour

Élimination urinaire :

Sondage : ☐ A demeure ☐ Intermittent

Type de sondage :

Matériel utilisé :

Transfert en urgence en cas de chute de matériel : ☐ Oui ☐ Non

Élimination fécale :

Constipation : ☐ Oui ☐ Non

Fécalomes :

Stomies :

Technique d'évacuation habituelle des selles :

SOMMEIL :

Besoin d'installation de protection : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Besoin d'appareillage nocturne : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser :

Besoin de mobilisation nocturne : ☐ Oui ☐ Non

Rituel(s) d'endormissement :

Autre matériel nécessaire :

TOILETTE - HABILLAGE - HYGIÈNE :

☐ Autonome ☐ Supervision ☐ Aide partielle ☐ Aide totale

Hygiène dentaire : ☐ Autonome ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐ Impossible

Brosse à dent : ☐ Electrique ☐ Manuelle ☐ A poils

Risque d'escarres : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

.....

.....

Pour donner votre avis sur le passeport handicap, scannez le QR code →



GUIDE D'UTILISATION PASSEPORT HANDICAP

1) OBJECTIF DU PASSEPORT HANDICAP

Le passeport handicap a pour but d'**améliorer la prise en charge médicale des patients en situation de handicap**.

Elle permet notamment aux professionnels de :

- mieux comprendre le patient et anticiper ses comportements ;
- apporter, en situation d'urgence, une prise en charge appropriée du patient, selon son état et ses souhaits (cf. loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016).

2) PERSONNES CONCERNÉES

Le passeport handicap peut être complété **pour toute personne en situation de handicap**, afin de faciliter son parcours de soins et sa prise en charge médicale par différents services, dispositifs et établissements de santé.

3) MODALITÉS

- ✓ Le passeport handicap est à **compléter dès que possible, en-dehors d'un contexte d'urgence**.

Il peut être renseigné par le médecin traitant, un professionnel, un aidant ou un proche du patient.

Il est nécessaire de **joindre, au passeport, l'ordonnance en cours du patient**.

- ✓ Conformément à l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique, la personne concernée et/ou son représentant légal doit être informé, de manière adaptée, des modalités de partage des informations la concernant et de son droit à s'opposer à tout moment à ce partage.

Le **consentement du patient ou de son représentant légal doit être recueilli au préalable** (case à cocher dans la fiche de liaison).

- ✓ Une mise à jour régulière du passeport handicap est recommandée.

4) CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Tous les items du passeport handicap doivent être complétés dans la mesure du possible.

Si l'information demandée n'est pas connue, il est conseillé de le préciser sur le document.

Le médecin référent pourra compléter les items si nécessaire.

- ✓ Partie « Informations administratives » :

Les nom et coordonnées du médecin ayant suivi le patient quand il était enfant peut être indiqué dans la partie "Médecin(s) Référents(s)".

- ✓ Partie « Informations complémentaires d'aide à la prise en charge » :

Dans la case "Autre" de la partie "Expressions d'un état douloureux", il est possible de préciser la « justesse » avec laquelle le patient exprime la douleur.

5) ACCESSIBILITÉ DU PASSEPORT HANDICAP

- ✓ Le passeport handicap complété doit être **mis en format numérique** (jpeg, png, pdf), puis ajouté :
 - dans le **Dossier Médical Partagé** (DMP) du patient par un professionnel de santé ayant accès au DMP ;
 - ou dans le profil « **Mon Espace Santé** » du patient par un aidant ou proche habilité (si applicable) ;
 - et/ou dans le **dossier médical du patient** s'il réside en structure.

- ✓ Le passeport handicap doit être **transmis de façon systématique aux services/dispositifs impliqués dans le parcours de soins** du patient comme :
 - les services de consultations, consultations dédiées (Handiaccès), centres de référence, ...
 - les services d'urgences, services d'hospitalisation, ...
 - le SAMU de secteur (afin que le patient soit répertorié comme patient remarquable).

Le passeport peut être transmis via le DMP ou par l'intermédiaire de la structure d'hébergement ou d'accompagnement.

En cas de consultations / soins programmés, le passeport handicap peut être transmis en amont, de façon à anticiper les besoins spécifiques de la personne.

En cas d'hospitalisation, le passeport handicap peut être joint au DLU (dossier de liaison d'urgence).

Le cas échéant, une copie des directives anticipées peut être jointe au passeport, que ce soit dans le DMP, Mon Espace Santé ou dans le dossier médical de la structure d'hébergement ou d'accompagnement.