

FICHE D'URGENCE

NOM : Prénom : Surnom éventuel : Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Date de naissance (âge) : Personne(s) référente (s) :	Fiche établie par le Dr : Le Tél :
--	--

COMMUNICATION :

Compréhension expression verbale autre mode de communication, lequel :

Poids : Taille : IMC habituel :

Mettre une croix pour les réponses positives

PATHOLOGIE :

Diagnostic

Comorbidités

- Epilepsie : fréquence des crises :

quotidiennes hebdomadaires mensuelles autre

- Troubles sensoriels : vision audition autres

Problèmes

- Digestifs :

RGO constipation alimentation entérale parentérale
 autres

- Respiratoires :

encombrements troubles du rythme respiratoire apnées
 trachéotomie autres

- Cutanés : fragilité cutanée escarres

autres

- Musculo-squelettiques :

rétractions scoliose luxation de hanches autres

Comportement :

- Autres comorbidités : lesquelles :

- Allergies : lesquelles :

- Effets paradoxaux des traitements : lesquels :

Chiffres habituels

- Température :

- pression artérielle :

- saturation :

- fréquence respiratoire :

ANTECEDENTS

Médicaux (notamment pneumologiques) :

Chirurgicaux :

TRAITEMENT en cours :

A NOTER

Sur le plan clinique :

Sur le plan biologique :

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation :

Fausses routes :

fréquentes

de temps en temps

jamais

Type d'alimentation :

normale

petits morceaux

moulinée

mixée

Hydratation :

ordinaire

épaissie

Transit :

Capacités fonctionnelles :

Conditions de transfert :

Installation de jour :

Appareillage et orthèses :

Sommeil : qualité habituelle :

- Installation de nuit :

- Existence d'un « doudou » :

oui

non