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 1re 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 : .....

Passeport handicap

NOM : .....

Prénom : .....

2 INFORMATIONS MÉDICALES

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 O_2 (*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, angoisse…) : ☐ 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, …) : .....

Passeport handicap

NOM : .....

Prénom : .....

3 INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES D'AIDE À LA PRISE EN CHARGE

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, …) : .....

Passeport handicap

NOM : .....

Prénom : .....

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 ☐ O_2 : 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 : .....

V2 du 24/06/2025

Passeport handicap

NOM : .....

Prénom : .....

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 →

V2 du 24/06/2025