



HandiSanté 47

Un accès à une structure adaptée aux personnes en situation de handicap ne pouvant bénéficier de soins en milieu ordinaire.

Nous sommes une structure de consultations et d'actes programmés.

En cas d'urgence, merci de contacter le 15.

Demande de prise en soins.

Le dossier ci-joint est à remplir par la famille, la structure d'accueil ou le médecin connaissant le mieux la personne en situation de handicap.

Le dossier est à envoyer :

Soit par courrier	Soit par mail
CHD La Candélie Handisanté 47 47916 Agen Cedex 9	bloc.medical@ch-candelie.fr

Préparation du rendez-vous.

Si acceptation du dossier, nous vous contacterons pour programmer un rendez-vous.

Merci d'apporter les comptes-rendus et tous les documents de suivi antérieur nécessaires au rendez-vous prévu.

Le jour du rendez-vous.

Merci de vous présenter au Bureau des Entrées (bâtiment noir sur votre gauche) muni de la carte vitale, de la mutuelle et de la carte d'identité de la personne en situation de handicap. Merci de nous transmettre à votre arrivée à HandiSanté 47 la fiche de circulation fournie par le Bureau des Entrées.

TOUT DOSSIER SANS MOTIF DETAILLE ET EXPLICITE OU INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE TRAITÉ. MERCI DE VOTRE COMPREHENSION.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS.

Date de la demande :

Nom et qualité du demandeur :

Nom du médecin demandeur :

Identification du patient	Spécialités demandées
NOM : Prénom : Né le : Adresse :	<input type="checkbox"/> Dr CASTEJON <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Cardiologie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Radiologie <input type="checkbox"/> Ophtalmologie <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Diététique <input type="checkbox"/> Dermatologie
Personne à contacter	Motif de la demande détaillé et explicite avec prescription médicale obligatoire
Liens : Nom : Prénom : Adresse :	
Tel. Mail.	
Médecin traitant	
Nom : Adresse : Tel.	
Etablissement fréquenté	
Appellation : Nom du correspondant : Adresse : Tél. Mail : Médecin référent :	

TOUT DOSSIER SANS MOTIF DETAILLE ET EXPLICITE OU INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE TRAITÉ. MERCI DE VOTRE COMPREHENSION.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX.

Diagnostics :

Antécédents personnels médicaux et chirurgicaux :

Traitements : Oui Non
Si oui, joindre les prescriptions.

Allergies : Oui Non
Si oui, lesquelles :

Date :

Poids :

Taille :

Communication :

- Verbale
- Partiellement verbale
- Non verbale

Langue usuelle :

Utilisation de supports de communication (pictos, matériel électronique, timer...) :

Oui Non

Si oui, lesquels :

Merci de vous munir de ces supports lors de votre venue.

Suivi médical :

La personne a-t-elle déjà eu des examens, des consultations précédemment ?

Oui Non

Si oui, lesquels :

Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

**TOUT DOSSIER SANS MOTIF DETAILLE ET EXPLICITE OU INCOMPLET NE
POURRA PAS ETRE TRAITE. MERCI DE VOTRE COMPREHENSION.**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX.

Neurologie :

Epilepsie : Oui Non

Stabilisée : Oui Non

Médecin neurologue hors HandiSanté 47:

Ophtalmologie :

1^{ère} consultation consultation de suivi

Lunettes : Oui Non

Médecin ophtalmologue hors HandiSanté 47:

ORL :

1^{ère} consultation consultation de suivi

Médecin ORL hors HandiSanté 47:

Gynécologie :

1^{ère} consultation consultation de suivi

Contraception : Oui Non

Date du dernier frottis :

Médecin gynécologue hors HandiSanté 47:

Cardiologie :

1^{ère} consultation consultation de suivi

Médecin cardiologue hors HandiSanté 47:

Dentaire :

1^{ère} consultation consultation de suivi

Chirurgien-dentiste hors HandiSanté 47:

Autres informations pouvant améliorer l'accueil et la prise en charge de la personne

**TOUT DOSSIER SANS MOTIF DETAILLE ET EXPLICITE OU INCOMPLET NE
POURRA PAS ETRE TRAITÉ. MERCI DE VOTRE COMPREHENSION.**