

Recueil d'informations pré-consultation pour les patients à besoins spécifiques

Service d'odontologie conservatrice et pédiatrique | Service d'odontologie restauratrice et chirurgicale
Hôtel-Dieu - 1, place Alexis Ricoreau - 44093 Nantes Cedex 1

Nom

Prénom

Nom de naissance

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

CPAM n° Secu

Mutuelle

Motif de votre consultation :

Qui vous adresse à notre service :

Présence d'un courrier

oui

non

Si non, un courrier médical est indispensable (dentiste traitant, médecin)

Coordonnées de la personne référente :

Votre fiche santé

Médecin traitant

Chirurgien-dentiste traitant

Diagnostic ou cause du handicap

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Allergies/contre-indications :

Traitement médicale (joindre ordonnance si traitement au long court) :

Est-ce que l'utilisation du MEOPA est possible ? oui non ne sais pas

IMPORTANT : Si oui, : Prévoir d'envoyer une autorisation de soins sous MEOPA , à retourner signée à bp-csd-soinsspe@chu-nantes.fr

Régime alimentaire : Normal Mixé Mouliné Morceaux Nourriture parentérale

Risque de fausses routes : oui non eau gélifiées

Vos appareillages dentaires ou autres :

Fauteuil roulant Appareil auditif Lunette Appareil dentaire Orthèse

Autres

Epilepsie : oui non

Votre mesure de protection

Type de mesure

- Curatelle oui non si oui, simple renforcée aménagée
- Tutelle oui non • Habilitation familiale oui non

Coordonnées de votre curatelle/ tutelle/personne habilitée :

Personnes ressource

Si association Nom

Référent

Adresse

Code postal

Ville

Tél. fixe

Mobile

Mail

Autre oui non Si oui, laquelle

IMPORTANT : Prévoir d'envoyer une autorisation de soins, à retourner signée à bp-csd-soinsspe@chu-nantes.fr pour la première séance ainsi qu'une copie du jugement de protection.

Votre environnement familial

Avez-vous une personne de confiance ? oui non

Si oui, quel est son rang familial : Père Mère Frère Sœur Fils Fille

Autres

Coordonnées de la personne de confiance

Votre rythme de vie

Référent institutionnel

Profession

Nom

Prénom

Téléphone

Mail

Votre handicap

Quelles sont les points d'attentions liées à votre handicap ?

Votre rythme de vie (suite)

Vos moyens de communiquer / de vous déplacer

Comment vous faites-vous comprendre ?

Mots simples Signes vocalisation ou cris Pictogrammes Gestes Accompagnant
Autres

Le jour de votre consultation : qui vous accompagne ?

Avec quel moyen de transport ?

Si ambulance ou taxi besoin d'une ordonnance ou bon de transport : oui non

Venez-vous : En marchant En fauteuil En brancard

Qu'est-ce qui vous apaise ? Doudou Tablette (musique, vidéo) Casque anti bruit
Contact Proche Autres :

Qu'est-ce qui est dérangent pour vous ? Bruits Lumière Odeurs Contact

Autres

Avez-vous besoin d'une visite d'habitation avant votre première consultation ? Oui Non

D'une séquence visuelle/pictogrammes pour préparer votre consultation ? Oui Non

Autres :

Comment exprimez-vous votre douleur ?

Comment réagissez-vous au contact ?

Vous arrive-t-il de ressentir du stress lors d'un soin ? Oui Non

Comment l'exprimez-vous ?

Si besoin, est-ce que l'équipe est autorisée à réaliser une contention physique ? Oui Non

**IMPORTANT : Si oui, Prévoir d'envoyer une autorisation de contention écrite, à retourner signée à
à bp-csd-soinsspe@chu-nantes.fr pour la première séance.**

Autorisation signée : Oui Non

Votre comportement face à un nouveau lieu et une situation nouvelle :

Capacité d'adaptation - pouvez-vous :

- Rester seul pendant les soins : Oui Non
- Monter sur le fauteuil de soins : Oui Non
- Faire vos transferts seuls : Oui Non

Autres faits pouvant améliorer votre prise en charge :

Avez- vous des hobby/ passe-temps ?

Nous donnez-vous l'autorisation de prendre des photos, pour votre dossier médical ? Oui Non