

# FICHE D'INFORMATIONS

## POUR PERSONNE SOURDE OU MALENTENDANTE

A remplir par le ou la patiente ou sa famille.

Remplie le: .....

Merci de bien vouloir compléter et imprimer ce document. Il est important de le prendre avec vous lors de votre prochaine visite aux HUG et de le montrer à la réception et au personnel soignant.

<b>Informations administratives</b> État civil: <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> veuf Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance: ..... Adresse: Rue et numéro: ..... ..... Case postale: ..... Ville: ..... Pays: ..... Téléphone portable: ..... Téléphone professionnel: ..... Email: ..... Pour les parents d'enfants mineurs (prénom, nom de l'enfant): ..... Si le mineur a un téléphone portable: ..... son email: ..... Si urgence, prénom et nom de la personne à prévenir: ..... Téléphone portable de la personne à prévenir: ..... son email: .....	<b>Assurances de santé</b> (Pensez à prendre vos cartes d'assurances avec vous) Assurance maladie obligatoire (LAMAL): ..... N° d'assuré: ..... Assurance complémentaire (LCA): ..... N° d'assuré: ..... Assurance accident: ..... N° d'assuré: ..... <b>Assurance invalidité (AI)</b> Rente AI: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non N° ..... <b>Médecin traitant (de famille)</b> Dr ..... Téléphone: ..... Email: ..... <b>Médecins spécialistes</b> Dr ..... Spécialité: ..... Téléphone: ..... Email: ..... Dr ..... Spécialité: ..... Téléphone: ..... Email: .....
<b>Allergies connues</b> Médicamenteuses: ..... Alimentaires: ..... Autres allergies: ..... .....	<b>Appareillage</b> Appareil auditif: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite Implant cochléaire: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite Implant d'oreille moyenne: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite Implant à ancrage osseux: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite Aucun appareillage: <input type="checkbox"/>
<b>Communication</b> Langue des signes française (LSF): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Langage parlé complété (LPC): <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lecture sur les lèvres: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Besoin de pictogrammes: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Besoin d'interprète en LSF: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Besoin d'un codeur-interprète: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Écrit: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Commentaire: .....

## Informations médicales

Antécédents médicaux (avez-vous déjà eu des problèmes de santé?):  oui  non

Si oui lesquels? (par exemple hypertension, diabète...)

.....  
.....  
.....  
.....

Antécédents chirurgicaux (avez-vous déjà été opéré?):  oui  non

Si oui, quelles opérations avez-vous eu?

.....  
.....  
.....  
.....

Prenez-vous des médicaments actuellement?:  oui  non

Si oui, lesquels? (apportez votre carte de traitement ou les médicaments)

### Nom du médicament

### Doses

### Prises dans la journée

Exemple : Dafalgan

1 gramme

matin  midi  soir  coucher

.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher
.....	.....	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> coucher

## Directives anticipées

Avez-vous complété des directives anticipées?:  oui  non

Qu'est-ce que c'est? Consultez le site internet [www.hug.ch/directives-anticipees](http://www.hug.ch/directives-anticipees) ou télécharger la brochure

## Encart pour le personnel HUG

Vous êtes en présence d'une personne sourde ou malentendante, vous trouverez les recommandations pour assurer une bonne communication sur la page intranet « Accueil des sourds et malentendants »

Quelques astuces:

- ▶ Regardez bien la personne en face quand vous lui parlez
- ▶ Ne vous placez pas à contre-jour
- ▶ N'hésitez pas à tapoter son épaule pour la solliciter
- ▶ Articulez normalement et lentement
- ▶ Si besoin de porter un masque, portez un masque transparent (numéro de commande 487657)
- ▶ Si le patient ou la patiente a besoin d'appeler un taxi, le personnel soignant le fait à leur place.

Infirmière référente pour les patients sourds: Tanya Sebaï 079 553 01 49, [tanya.sebai@hcuge.ch](mailto:tanya.sebai@hcuge.ch)