****

**« CHECK** **LIST »**

**AU MOMENT DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS**

* **MOTIF DE LA CONSULTATION :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **Type de HANDICAP (SI CONNU) :**

 (Ex : Handicap moteur, visuel, auditif, psychique, Trouble du Spectre Autistique, Trouble

de la déficience intellectuelle, autres troubles du neuro-développement,…).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **DÉFICIENCE MOTRICE :**

**Marche :**

Oui / Non

**Fauteuil manuel :**

Oui / Non

**Fauteuil électrique :**

Oui / Non

**Transfert, autonome ? :**

Oui / Non / Partiel (avec aide humaine)

**Matériel pour le transfert ?**

(Ex : Planche, lève-personne, autre...)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autre appareillage ? (Ex : Corset orthopédique, atelles…) :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **DÉFICIENCE VISUELLE :**

**Chien guide :**

Oui / Non

**Sensibilité à la lumière :**

Oui / Non

* **DÉFICIENCE auditive :**

**Aide à la communication : (**Ex : interprète (LSF…) tablette, synthèse vocale, aidant, autre support)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oralisation :**

Oui / Non

**Lecture labiale :**

Oui / Non

* **DIFFICULTÉ DE COMMUNICATION (troubles du neuro développement, polyhandicap, …) :**

**Besoin d’un médiateur lors de la consultation :**

Oui / Non

**Besoin d’outils : (Ex : pictogrammes, images, synthèse vocale…)**

Oui / Non

* **PLACE DE L’AIDANT :**

**Besoin d’un ou plusieurs aidants lors de la consultation :**

Oui / Non

**Aidant professionnel (préciser) :** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Aidant familial: (préciser) ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

* **POSITION GYNÉCOLOGIQUE POSSIBLE :**

Oui / Non

* **AUTRES INFORMATIONS FACILITANT LA CONSULTATION OU L’EXAMEN ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **MOYENS DE DÉPLACEMENT :**

**Personnel/taxi :** Oui / Non

**VSL/ambulance :** Oui / Non

* **MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE** **DES MAJEURS ?**

Sauvegarde de justice / Habilitation familiale /Curatelle (simple ou renforcée) / Tutelle

Ou Mandat de Protection Future ?