

Secretariats: 0534558545 - 0561324490

Auteurs

Gaetane Fourès infirmière en urologie

Nathalie Galaup infirmière et stomathérapeute en pédiatrie

> Jean-Pierre Bastié infirmier expert en urologie

> > Docteur Ourdia Bouali chirurgien pédiatre

> > > Docteur Lucie Even urologue

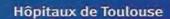
Professeur Xavier Gamé urologue

Hôpital des Enfants de Toulouse

Service de chirurgie viscérale pédiatrique - Laboratoire d'Urodynamique.

Hôpital Rangueil

Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie.



PASSEPORT RELAIS



© 2017, CHU de Toulouse - 2, rue Viguerie - TSA 80035 - 31059 Toulouse cedex 9 | Conception Service de chirurgie viscérale pédiatrique | Illustration Claire Laude claire.laude@icloud.com | Création OGHAM | Archivage Direction de la Communication | Impression Centre de Reprographie du CHU de Toulouse

Code: 407065

Hôpitaux de Toulouse

IMPORTANT

Ce passeport relais est un document confidentiel qui vous est propre.

Il réunit des informations médicales soumises au secret professionnel.

Les différents éléments qui y figurent y sont notés avec votre accord.

Nul ne peut exiger la présentation de ce document.



Vous êtes suivi depuis votre enfance par une équipe de soins avec qui vous vous sentez en confiance.

Maintenant que vous êtes un jeune adulte, vous allez être dirigé vers une équipe de soins différente. Il est important que vous vous sentiez accompagné durant cette étape.

Ce passeport relais est un outil indispensable qui va faciliter la coordination des professionnels de santé.

Il permet à la fois, de recueillir les informations nécessaires sur votre quotidien, sur vos différents rendez-vous et examens, mais aussi de retrouver les coordonnées qui vous seront utiles.

Vous le présenterez à chaque consultation aux divers acteurs de santé: chirurgien pédiatre, urologue, médecin rééducateur, neurologue, médecin traitant, infirmier, kinésithérapeute...

N'hésitez pas à contacter votre médecin ou votre infirmier.e référent.e si vous avez besoin de plus d'informations.

ÉTAT CIVIL



| Nom | | |
|----------------------------|------|--|
| Prénom | | |
| Date de naissance | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Niveau d'études/Profession | | |

AVERTISSEMENTS

EN CAS D'URGENCE

| Allergies | |
|------------------------------|--|
| | |
| | |
| Contre-indications formelles | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Numéro d'urgence: SAMU 15

Numéro d'urgence Européen: \$\ 112

ANNUAIRE

des professionnels de santé assurant votre suivi

| Médecin traitant: | Infirmier hospitalier/Stomathérapeute Urologie adulte : |
|---|---|
| | |
| 5 □ | |
| Chirurgien pédiatre: | Infirmier libéral: |
| | |
| ∂ | |
| Urologue: | Kinésithérapeute: |
| | |
| | |
| Médecin rééducateur: | Laboratoire d'analyses médicales : |
| > | |
| | |
| Infirmier hospitalier/Stomathérapeute Chirurgie pédiatrique : | Prestataires de santé - Pharmacie : |
| × | |
| | |

PATHOLOGIE/ANTÉCÉDENTS_

| Pathologie - Maladie | Évènements intercurrents au cours du suivi |
|---------------------------------|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Antécédents médico-chirurgicaux | Traitements en cours |
| | |
| | |
| | |
| | |
| $\overline{}$ | |

HABITUDES DE VIE

| Mode de vidange vésicale | Autonomie |
|--|---|
| ☐ Miction spontanée Sondages intermittents: ☐ Autosondages ☐ Hétérosondages Matériel utilisé: | Mobilité: Complète Fauteuil électrique Verticalisation Aidant familial: Aidant paramédical - aide à domicile: |
| Dérivation urinaire: Continente Non continente Sphinctérotomie Autre: | Kinésithérapie: |
| Mode d'exonération | Matériel(s) utilisé(s): |
| □ Spontané □ Laxatifs □ Manuel □ Irrigation rétrograde □ Irrigation antégrade □ Stomie digestive Matériel utilisé: □ Autre: | Vie sociale ALD 100 %: à jour OUI NON jusqu à Tutelle Curatelle Dossier MDPH: AEH AAH |

10

DERNIERS EXAMENS

réalisés en secteur pédiatrique

| | Date | Résultats |
|-------------------------------|------|------------------------|
| Examen clinique | | |
| Examens biologiques | | |
| Explorations radiologiques | | |
| Explorations urodynamiques | | |
| | | |
| | | CHIRURGIE PÉDIATRIQUE |
| | 3 | Date: UROLOGIE ADULTE |

PROCHAINS RDV

en secteur adulte

| Date | Heure | Soignant | Structure de soins |
|------|-------|----------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTES

