

Nom :

Prénom :

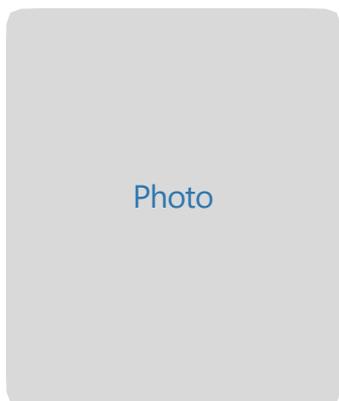
POUR DES SOINS RÉUSSIS

IMPORTANT (Exemple : doit rester debout pendant la consultation)



NE PEUT PAS ATTENDRE

ACTUALISE LE :



Nom :

Prénom :

Adresse :

Né(e) le :

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

TUTEUR / CURATEUR

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

PARENTS OU FAMILLE

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

REFERENT INSTITUTIONNEL

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

AUTRES MEDECINS

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

Nom : _____

SANTE

Maladies

Allergies / Contre-indications

Traitement

Non Oui (voir ordonnance)

Peut prendre :

- Des comprimés Des solutions buvables
 Des gélules Des cachets

Hospitalisation

Quand ?	Où ?	Pourquoi ?

Vaccinations (dernières dates)

DTP : _____ BCG : _____
 Autres : _____

PRESENTATION

D'un naturel

<input type="checkbox"/> Anxieux, angoissé	<input type="checkbox"/> Calme	<input type="checkbox"/> Agité
<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Joyeux	<input type="checkbox"/> Autre _____ _____ _____ _____

Apaisé par

<input type="checkbox"/> Présence d'un proche	<input type="checkbox"/> Un objet personnel	<input type="checkbox"/> La musique
<input type="checkbox"/> La télévision	<input type="checkbox"/> Les jeux	<input type="checkbox"/> Autre _____ _____ _____ _____

Besoin d'un accompagnant pendant les soins

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Risque de fugue
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Risque d'ingestion de produits

SOINS ACCEPTES AVEC MEOPA

Besoin de temps pour s'adapter à un nouveau lieu

Oui Non

Des comportements particuliers face à des situations nouvelles

Oui Non

Si oui lesquelles : _____

Comment les éviter : _____

Précisions particulières :

MODE DE COMMUNICATION

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Langage verbal | <input type="checkbox"/> Phrases simple | <input type="checkbox"/> Mots |
| <input type="checkbox"/> Langue des signes | <input type="checkbox"/> Gestes | <input type="checkbox"/> Vocalisation ou Cris |
| <input type="checkbox"/> Pictos | <input type="checkbox"/> Appareil de communication | <input type="checkbox"/> Objet |

Besoin d'explications simples pour comprendre ce qu'il va se passer

- Oui Non

Capacité à exprimer la douleur

- Oui Non

Comment : _____

Échelle utilisée jointe :

- ESDDA (Échelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec des troubles du spectre de l'autisme)
- GED-DI (Grille d'Évaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle)
- Schéma corporel

Mode d'expression de la douleur

- Agitation
- Cris
- Prostration
- Pictogramme

PRESENTATION SENSORIELLE

Réaction au toucher

- Normale
- Évite le toucher
- Accepte le contact avec le matériel médical
- Intolérance

Préciser : _____

Réaction aux bruits

- Normale
- Hypersensibilité
- Hypoacousie

Préciser : _____

Réaction à la lumière

- Gêné par la lumière forte
- Basse vision en lumière tamisée

Préciser : _____

Sensibilité aux odeurs

- Normale
- Hypersensibilité
- Intolérance

Préciser : _____

Autostimulation

- Se balance
- Tourne sur lui-même
- Présente des stéréotypies

Préciser : _____
