

Nom :

Prénom :

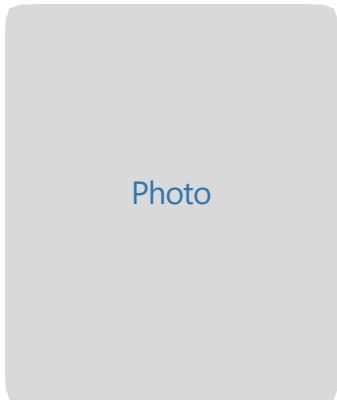
# POUR DES SOINS RÉUSSIS

**IMPORTANT** (Exemple : doit rester debout pendant la consultation)



**NE PEUT PAS ATTENDRE**

**ACTUALISE LE :**



Photo

**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 <hr/> <hr/> <hr/>

## 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 <hr/> <hr/> <hr/>

## 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
- Hypoacusie

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 :

---

---

---

**AUTONOMIE**

<b>Propreté acquise</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> De jour <input type="checkbox"/> De nuit	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> De jour <input type="checkbox"/> De nuit
<b>Protection</b>	<input type="checkbox"/> De jour <input type="checkbox"/> Demande pour aller aux toilettes	<input type="checkbox"/> De nuit	<input type="checkbox"/> Besoin d'être accompagné	
<b>Se laver</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide		
<b>Guidance</b>	<input type="checkbox"/> Verbale	<input type="checkbox"/> Gestuelle	<input type="checkbox"/> Physique	
<b>S'habiller</b>	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide		
<b>Guidance</b>	<input type="checkbox"/> Verbale	<input type="checkbox"/> Gestuelle	<input type="checkbox"/> Physique	
<b>Manger</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Besoin d'aide		
<b>Utilise</b>	<input type="checkbox"/> Une fourchette	<input type="checkbox"/> Une cuillère		

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Appareillages**

<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire	<input type="checkbox"/> Appareil auditif	<input type="checkbox"/> Lunettes
<input type="checkbox"/> Orthèse	<input type="checkbox"/> Autres : _____		

**Consommation**

<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Tabac	<input type="checkbox"/> Autres
		_____ _____