

Nom :

Prénom :

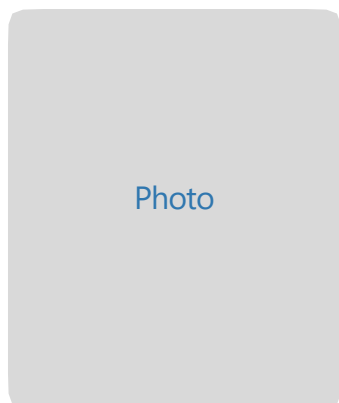
# POUR DES SOINS RÉUSSIS

**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

☐ Anxieux, angoissé☐ Calme☐ Agité☐ Triste☐ Joyeux☐ Autre  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apaisé par

☐ Présence d'un proche☐ Un objet personnel☐ La musique☐ La télévision☐ Les jeux☐ Autre  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Besoin d'un accompagnant pendant les soins

☐ Oui☐ Risque de fugue☐ Non☐ 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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTONOMIE

Propreté acquise

☐ Oui☐ De jour☐ De nuit☐ Non☐ De jour☐ De nuit

Protection

☐ De jour☐ De nuit☐ Demande pour aller aux toilettes☐ Besoin d'être accompagné

Se laver

☐ Seul(e)☐ Besoin d'aide

Guidance

☐ Verbale☐ Gestuelle☐ Physique

S'habiller

☐ Seul☐ Besoin d'aide

Guidance

☐ Verbale☐ Gestuelle☐ Physique

Mange

☐ Seul(e)☐ Besoin d'aide

Utilise

☐ Une fourchette☐ Une cuillère

Régime alimentaire :

## Appareillages

☐ Fauteuil roulant☐ Appareil dentaire☐ Appareil auditif☐ Lunettes☐ Orthèse☐ Autres :

## Consommation

☐ Alcool☐ Tabac☐ Autres