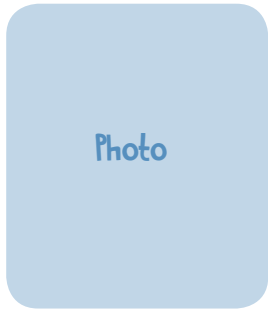


# Mon passeport santé



Actualisé le : \_\_\_\_\_



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Référents institutionnels : \_\_\_\_\_

## Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## Tuteur / Curateur

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

## Personne de confiance

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

## Personne à prévenir

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne : \_\_\_\_\_

## Je communique avec :

des mots simples

des signes, la LSF

une vocalisation ou des cris

des gestes

des pictos, des photos

un ordinateur, une tablette

## Je suis capable de rester seul pendant les soins.

Oui

Non

Si non, j'ai besoin d'une présence pour :

certains soins

tous les soins

Lesquels :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ma santé

### Mes maladies et mes fragilités

---

---

---

---

---

---

---

---

### Mes hospitalisations

Quand	Où	Pourquoi

### Mon traitement

Non  Oui (Voir ordonnance)

## Les précautions à prendre

---

Contre-indications / Allergies : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mes vaccinations

---

BCG     Hépatite     Rougeole, oreillons, rubéole

Diphtérie, tétanos, polio, coqueluche

*Date du dernier vaccin :* \_\_\_\_\_

## Mes appareillages

---

Fauteuil roulant     Lunettes     Appareil auditif     Orthèse     Appareil dentaire

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Mes habitudes de vie

---

Je suis habituellement :

---

Calme     Agité     Anxieux, angoissé     Joyeux     Triste

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je consomme :

---

de l'alcool

du tabac

du cannabis

## Mon mode d'expression

### Je suis capable de dire ma douleur

Non     Oui

Comment : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Qu'est-ce qui peut m'apaiser ?

La présence d'un proche     La musique     Un objet personnel     La télévision

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### J'ai besoin de temps pour m'adapter à un nouveau lieu

Non     Oui

Si besoin, préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### J'ai besoin d'explications simples pour comprendre ce qu'il va se passer

Non     Oui

### Je peux avoir des comportements particuliers face à des situations nouvelles

Non     Oui

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment les éviter : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_