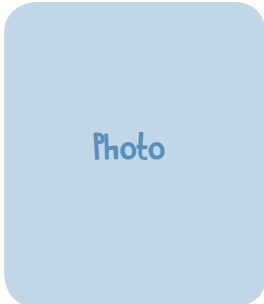


Mon passeport santé



Actualisé le :



Nom : Prénom:

Adresse :

Téléphone : Né(e) le :

Référénts 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 :

.....
.....
.....

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 :

.....
.....