

Mon passeport santé



Actualisé le :

Photo

Nom : Prénom:

Adresse :

Téléphone : Né(e) le :

Référents institutionnels :

Médecin traitant	Tuteur / Curateur
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
	Lien avec la personne :

Personne de confiance	Personne à prévenir
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Lien avec la personne :	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
		Lesquels :
		tous les soins
	
	
	

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 :

.....
.....