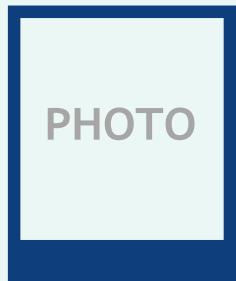




## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES



MON IDENTITE :



NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

MES COORDONNEES :



MA MAISON :

MON ETABLISSEMENT :

MON NUMERO DE TELEPHONE/MAIL :

## COMMENT JE ME DÉPLACE :

(Surlignez les cases correspondant à votre situation et apportez des informations complémentaires si besoin...)

- marche autonome**
- marche avec aide humaine**
- moyen matériel pour se déplacer :**
  - transfert avec aide**
  - transfert sans aide**
- habitudes et rituels de déplacement :**
  - mise en danger :**
  - installation sécurisée :**
  - autres :**
  - précisions :**



## COMMENT JE M'EXPRIME :

(exemples : langage verbal ou non, difficultés de compréhension, langue, religion, langage des signes, pictogrammes, code "oui/non", langage corporel, expression des besoins : sommeil, soif, attention, douleur, expression des demandes d'envie et désir, expression des émotions: joie ,plaisir, peur, angoisse, tristesse... )



## J'AIME:

(ce qui me rassure, habitude avant les soins, mes plaisirs...)



## JE N'AIME PAS :

(source d'angoisse, sensibilité sensorielle à l'environnement et au bruit...)



## COMMENT JE ME COMPORTE AU QUOTIDIEN :

(Situation et contexte qui génèrent des émotions et troubles du comportement, sensibilité à l'autre et à l'environnement, les besoins de repères : comprendre ce qui va se passer, où je vais ..., stéréotypie, sécurité émotionnelle et affective, expérience corporelle, comportement des soignants attendus, intolérance ou examens qui seraient difficiles, addictions... )



## COMMENT PRENDRE SOIN DE MOI LORS DES SOINS:

(Informations importantes pour éviter les faux pas, comment ne pas faire mal, accompagnement nécessaire ou non, port de protection ou non, rapport au toucher, comment je mange : texture repas/boisson, installation, environnement, vaisselles adaptées, aide totale/partielle ou sans aide, rythme et durée, crainte vis à vis des soins : peur aiguilles, blouse... )

