



INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES



MON PASSEPORT SANTÉ

PHOTO



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...)

