

Mon passeport santé



Actualisé le :



Nom : Prénom:

Adresse :

Téléphone : 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

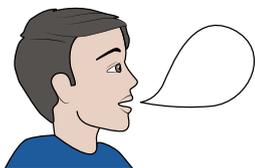
Nom :

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 :



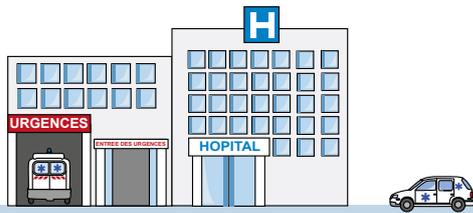
.....
.....
.....

Ma santé



Mes maladies et mes fragilités

Mes hospitalisations

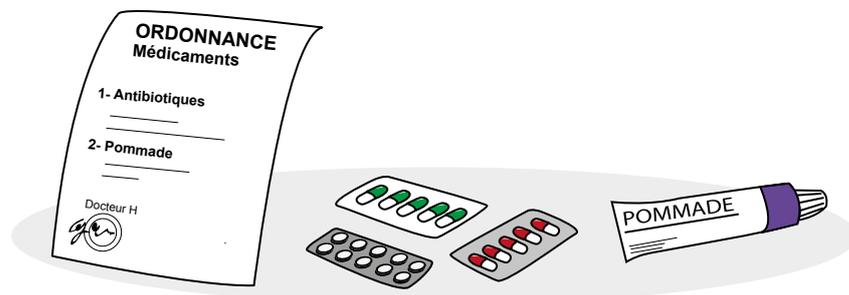


Quand	Où	Pourquoi

Mon traitement

Non

Oui (Voir ordonnance)



Les précautions à prendre



Contre-indications / Allergies :

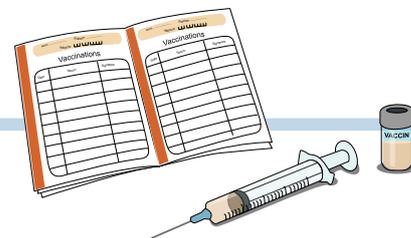
Régime alimentaire :

Mes vaccinations

BCG Hépatite Rougeole, oreillons, rubéole

Diptérie, tétanos, polio, coqueluche

Date du dernier vaccin :



Mes appareillages

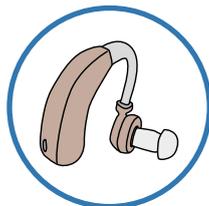
Fauteuil roulant



Lunettes



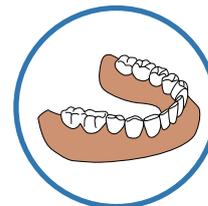
Appareil auditif



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

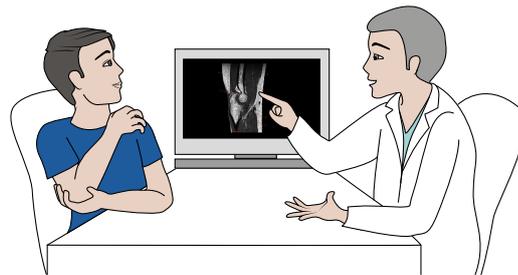
Oui

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 :

.....