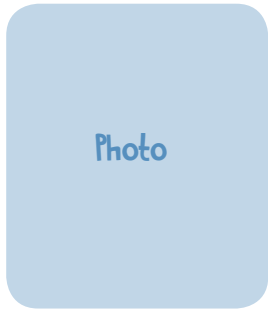


Mon passeport santé



Actualisé le : _____



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

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

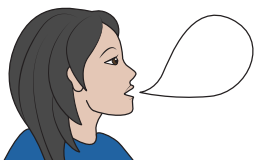
Nom : _____

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

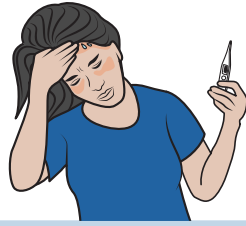
Si non, j'ai besoin d'une présence pour :

certains soins tous les soins

Lesquels :

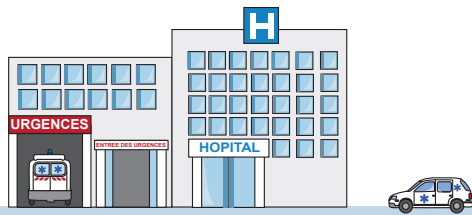


Ma santé



Mes maladies et mes fragilités

Mes hospitalisations

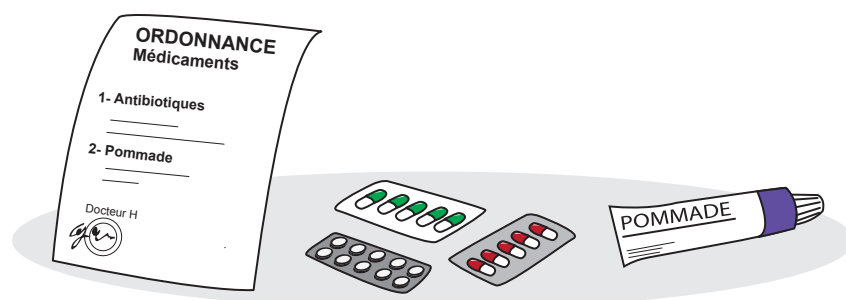


Quand	Où	Pourquoi

Mon traitement

Non

Oui (Voir ordonnance)



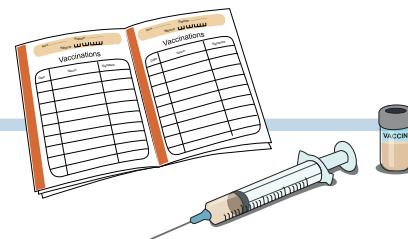
Les précautions à prendre



Contre-indications / Allergies : _____

Régime alimentaire : _____

Mes vaccinations



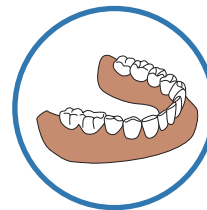
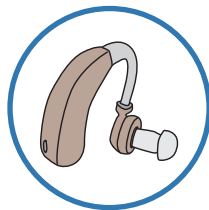
BCG Hépatite Rougeole, oreillons, rubéole

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 :

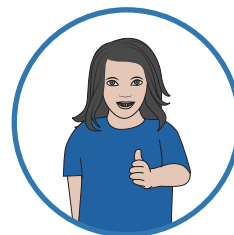
Calme

Agité

Anxieux, angoissé

Joyeux

Triste



Autre : _____

Je consomme :

de l'alcool



du tabac

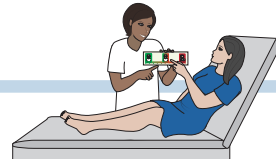


du cannabis



Mon mode d'expression

Je suis capable de dire ma douleur



Non Oui

Comment : _____

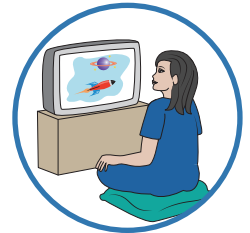
Qu'est-ce qui peut m'apaiser ?

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

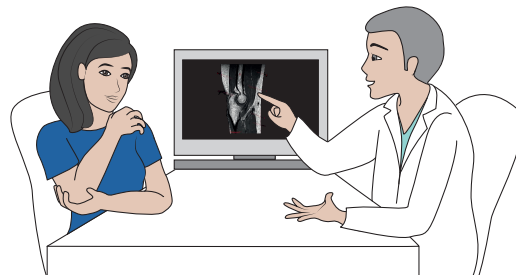


Non Oui

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 : _____
