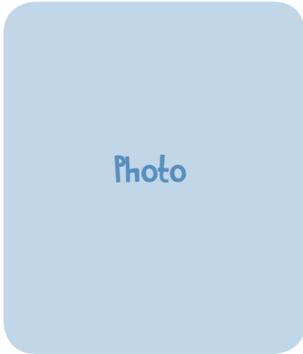


Passeport santé

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 ressource (famille...)

merci de contacter :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

En cas d'urgence

merci de contacter :

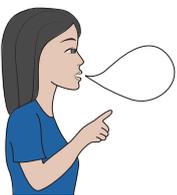
Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Lien avec la personne : _____

Je communique avec des



Mots simples

Signes

Vocalisation ou cris

Gestes

Pictos

Appareil de communication

Je suis capable de rester seul pendant les soins



Oui

Non

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

Tous les soins

Certains soins



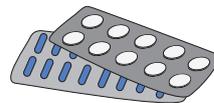
Lesquels : _____



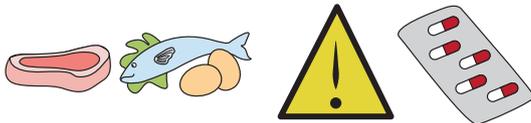
Mes maladies et mes fragilités

Mon traitement

Non Oui (Voir ordonnance)



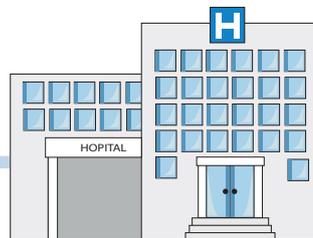
Les précautions à prendre



Contre-indications / Allergies : _____

Régime alimentaire : _____

Mes hospitalisations



Quand	où	pourquoi

Mes vaccinations (dernières dates)

DTP : _____



BCG : _____

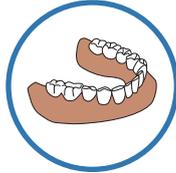
Autres : _____

Mes appareillages

Fauteuil roulant



Appareil dentaire



Appareil auditif



Lunettes



Orthèse



autre

MES HABITUDES DE VIE

Je suis habituellement :

Anxieux, angoissé



Calme



Agité



Joyeux



Triste



autre

Je consomme :

Alcool



Tabac



MON MODE D'EXPRESSION



Je suis capable de dire ma douleur

Non Oui Comment : _____

Qu'est-ce qui peut m'apaiser ?

Présence d'un proche



Un objet personnel



La musique



La télévision



Les jeux



autre

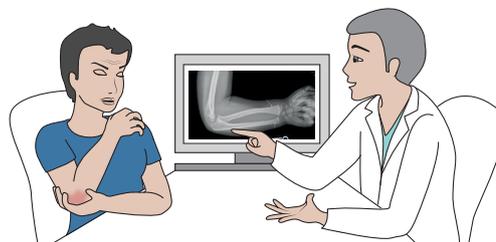
J'ai besoin de temps pour m'adapter à un nouveau lieu



Non Oui

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 : _____

