

Nom :

Prénom :

**IMPORTANT** (Exemple : doit rester debout pendant la consultation)

 **NE PEUT PAS ATTENDRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ACTUALISE LE : | | |
| Photo | Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Né(e) le : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEDECIN TRAITANT** |  | **TUTEUR / CURATEUR** |
| Nom **:** |  | Nom **:** |
| Adresse : |  | Adresse : |
| Téléphone : |  | Téléphone : |
| Lien avec la personne : |  | Lien avec la personne : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARENTS OU FAMILLE** |  | **REFERENT INSTITUTIONNEL** |
| Nom **:** |  | Nom **:** |
| Adresse : |  | Adresse : |
| Téléphone : |  | Téléphone : |
| Lien avec la personne : |  | Lien avec la personne : |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRES MEDECINS** | |
| Nom **:** | Nom **:** |
| Nom **:** | Nom **:** |

2

**SANTE**

|  |
| --- |
| **Maladies** |
|  |
| **Allergies / Contre-indications** |
|  |

|  |
| --- |
| **Traitement** |
| Non Oui (voir ordonnance)  Peut prendre :  Des comprimés Des solutions buvables  Des gélules Des cachets |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hospitalisation** | | |
| **Quand ?** | **Où ?** | **Pourquoi ?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaccinations** *(dernières dates)* | |
| DTP : | BCG : |
| Autres : | |

3

**PRESENTATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D’un naturel** | | |
| Anxieux, angoissé | Calme | Agité |
| Triste | Joyeux | Autre |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apaisé par** | | |
| Présence d’un proche | Un objet personnel | La musique |
| La télévision | Les jeux | Autre |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoin d’un accompagnant pendant les soins** | |
| Oui | Risque de fugue  Risque d’ingestion de produits |
| Non |

4

**SOINS ACCEPTES AVEC MEOPA**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Besoin de temps pour s’adapter à un nouveau lieu** |
| Oui Non |

|  |
| --- |
| **Des comportements particuliers face à des situations nouvelles** |
| Oui Non |
| Si oui lesquelles : |
| Comment les éviter : |

**Précisions particulières :**

5

**MODE DE COMMUNICATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Langage verbal | Phrases simple | Mots |
| Langue des signes | Gestes | Vocalisation ou Cris |
| Pictos | Appareil de communication | Objet |

|  |
| --- |
| **Besoin d’explications simples pour comprendre ce qu’il va se passer** |
| Oui Non |

|  |
| --- |
| **Capacité à exprimer la douleur** |
| Oui Non |
| Comment : |
| **Échelle utilisée jointe :**  ESDDA (Échelle Simplifiée d’évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes   avec des troubles du spectre de l’autisme)  GED-DI (Grille d’Évaluation de la Douleur Déficience Intellectuelle)  Schéma corporel |

|  |
| --- |
| **Mode d’expression de la douleur** |
| Agitation  Cris  Prostration  Pictogramme |

6

**PRESENTATION SENSORIELLE**

|  |
| --- |
| **Réaction au toucher**  Normale  Évite le toucher  Accepte le contact avec le matériel médical  Intolérance  Préciser : |
| **Réaction aux bruits**  Normale  Hypersensibilité  Hypoacousie  Préciser : |
| **Réaction à la lumière**  Gêné par la lumière forte  Basse vision en lumière tamisée  Préciser : |
| **Sensibilité aux odeurs**  Normale  Hypersensibilité  Intolérance  Préciser : |
| **Autostimulation**  Se balance  Tourne sur lui-même  Présente des stéréotypies  Préciser :    7 |

**AUTONOMIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propreté acquise** | Oui | De jour  De nuit | Non | De jour  De nuit |
| **Protection** | De jour | De nuit |  |  |
|  | Demande pour aller aux toilettes | | Besoin d’être accompagné | |
| **Se laver** | Seul(e) | Besoin d’aide |  |  |
| Guidance | Verbale | Gestuelle | Physique |  |
| **S’habiller** | Seul | Besoin d’aide |  |  |
| Guidance | Verbale | Gestuelle | Physique |  |
| **Mange** | Seul(e) | Besoin d’aide |  |  |
| Utilise | Une fourchette | Une cuillère |  |  |
|  | Régime alimentaire : | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Appareillages** | | | |
| Fauteuil roulant | Appareil dentaire | Appareil auditif | Lunettes |
| Orthèse | Autres : | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Consommation** | | |
| Alcool | Tabac | Autres |

8