

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