

Actualisé le :

PASSPORT



Prénom(s) :

Nom(s) :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Parents/ Représentants légaux :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Téléphone :

Professionnel(s) en lien avec l'enfant :

Médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Pédiatre :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Professionnel/Structure de soins :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Professionnel/Structure de soins :

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Je communique :

. Verbalement :

Une vocalisation ou des cris

Des mots simples isolés

Des phrases

. Avec des images :

Des pictogrammes

Des photos

Des images

. Avec des gestes :

Des gestes

Des signes

La Langue des Signes Française

. A l'aide d'un support :

Un ordinateur

Une tablette

. Autre :

Je comprends :

Des gestes

Des signes

Des images

Des mots simples isolés

Des consignes simples

Des doubles-consignes

Est-ce que la personne a besoin de repères (visuels : objets réels, pictogramme, planning visuel, time timer, sablier/ auditifs : le temps d'une chanson) pour comprendre le dérouler de la journée ou de l'événement ?

Non

Oui

Si oui lequel ?

Je suis capable de rester seul pendant les soins :

Non Oui

Si non, j'ai besoin d'une présence pour certains soins OU tous les soins

Ma santé

Diagnostic(s) (facultatif) :

Mes fragilités :

Incontinence urinaire

Incontinence fécale

Constipation

Diarrhée

Asthme

Eczéma

Crise d'épilepsie

Douleur de type

Autre :

Mon traitement :

Mes appareillages :

Fauteuil roulant

Lunettes

Appareil auditif

Orthèse

Appareil dentaire

Autre :

Les précautions à prendre :

Contre-indications / Allergies :

Régime alimentaire :

Autre :

Mes habitudes :

Mon alimentation :

Difficultés alimentaires : Décrire la/les difficulté(s) et l'intervention à privilégier (ex : Ne mastique pas correctement ou suffisamment, difficulté de déglutition, difficulté de digestion, besoin d'aide pour manger, besoin de couverts adaptés) :

Besoin sensoriel (Mange les mêmes aliments, n'accepte pas les nouvelles textures, couleurs ou odeurs) :

Mon Sommeil :

Rituel avant d'aller dormir :

Heure habituelle du coucher :
lever :

Heure habituelle du

Se réveille souvent

Pourrait se lever

Sommeil agité

Terreurs nocturnes

Dort bien

Mes particularités sensorielles (auditif, visuel, tactile, olfactif, gustatif, proprioceptif, vestibulaire, thermorégulation) :

Mes autres habitudes de vie (routine, rituels, etc.) :

Je suis habituellement :

Calme

Agité

Anxieux

Joyeux

Triste

Autre :

Mon mode d'expression

Je suis capable d'exprimer ma douleur :

Non

Oui

Si oui comment :

Comportement(s) INHABITUEL(S) ou REPETITIF(S) susceptible(s) d'exprimer une gêne ou un inconfort ou une douleur :

Qu'est-ce qui peut m'apaiser ?

La présence d'un proche Un objet personnel Un objet sensoriel

Autre :

J'ai besoin de temps pour m'adapter à un nouveau lieu ou à de nouvelles personnes :

Non Oui

Si besoin préciser :

J'ai besoin d'explications simples pour comprendre ce qu'il va se passer :

Non Oui

Comment :

Je peux avoir des comportements particuliers face à des situations nouvelles :

Non Oui

Si oui, lesquels :

Comment les éviter ?