

En lien avec la procédure « Prise en compte de la douleur » N°04.P.032

DATE :/...../..... NOM : Prénom :

		Observations
Est-il habituellement calme ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il des moments d'agitation ? <i>Circonstances particulières à préciser</i>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il un langage verbal ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Cherche-t-il habituellement à entrer en contact ? / est-il en interaction avec son environnement	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Accepte-t-il le contact physique ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il d'autres moyens de communication ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Peut-il exprimer ses émotions ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Est-il habituellement souriant ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Son visage peut-il être expressif ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il des comportements auto-agressifs ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hétéro agressifs ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il habituellement des mouvements coordonnés pour atteindre un objectif ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il parfois des mouvements involontaires ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Est-il autonome au déplacement ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Présente-t-il habituellement des troubles du sommeil ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui,		
à l'endormissement :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
au cours de la nuit :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
temps de sommeil :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Fait-il régulièrement la sieste ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il habituellement bon appétit ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
A-t-il un traitement systématique contre la douleur ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

