

Conseils à adopter :

- Diminuer, limiter le plus possible les bruits environnants
- Diminuer l'intensité lumineuse, éviter l'éclairage par « néons »
- Respecter le temps de réponse de la personne à la suite d'une question ou d'une consigne donnée
- Indiquer le temps d'attente avant un évènement
- Parler peu (donner des consignes simples)
- Renforcer le discours par l'utilisation d'images
- Parler lentement
- Utiliser une voix modérée
- Ralentir les gestes
- Ne pas utiliser la négation (ne bougez pas, préférez rester assis...)
- Faire des pauses durant les soins (quelques minutes suffisent)
- Faire la démonstration du soin sur l'accompagnant ou sur l'objet fétiche sur ce qui va se faire
- Respecter les changements de position
- Autres :

Livret d'accompagnement Pour un parcours de soins facilité

*Livret d'accompagnement pour un parcours de soins facilité
CH Brive - ADAPEI - FONDATION JACQUES CHIRAC - BOULOU LES ROSES*

Nom/prénom :

Date et lieu de naissance : / / à

Homme

Femme

Responsable légal

Nom :

Prénom :

Tel :

Adresse :

Prévenu : Oui

Non



Au moins 75% des troubles du comportement sont d'ordre somatique

MEDECIN TRAITANT



Nom :

Prénom :

Tel :



PRISE MEDICAMENTEUSE (Confère prescription médicale)

Oui

Non



RISQUES

Allergies :

Préciser :

Oui

Non

Fausses routes :

Oui

Non

Mise en danger :

Préciser :

Oui

Non

Risque cutané :

Préciser :

Oui

Non

Risque de fugue :

Préciser :

Oui

Non

Risque d'auto agressivité :

Préciser :

Oui

Non

Risque d'hétéro agressivité :

Préciser :

Oui

Non

Risque d'un comportement sexuel inadapté :

Préciser :

Oui

Non

Autre risque :

Préciser :

Oui

Non



Gout

- Je porte les objets à la bouche
- J'ai une hypersalivation
- Autre, préciser :



Ouïe

- Je porte un casque pour m'isoler des bruits
- Je suis gêné par certains sons, préciser :

Autres :

- Mes comportements sont exacerbés / atténués en présence de mes parents (ou éducateurs)
- J'accepte mieux les soins prodigués par une femme / un homme
- J'ai en mémoire des douleurs ou soins précédents, j'ai des réflexes de défense
- J'ai peur des gens avec une blouse, un masque ...
- Certains gestes, mots, chansons..., m'apaisent.....

Nom de la personne ayant renseigné le livret :

Date :

Signature :



Hygiène corporelle

- Sans aide Avec aide partielle Avec une aide totale



Vue

- Je porte des lunettes
- J'ai une vision périphérique (je perçois mieux ce qui est montré latéralement)
- Je n'aime pas être dans le noir
- Je n'aime pas la lumière trop intense
- Je suis attiré par la lumière
- Je suis fasciné par les reflets et par ce qui brille
- Autres (préciser) :



Toucher

- Je n'aime pas être touché ou effleuré
- Je préfère les pressions profondes
- Je ne réagis pas à la douleur
- Je réagis à des matières (coton-nylon-synthétique...)
- Quel type de réaction ?
- J'aime avoir les bras et les jambes couverts
- J'aime avoir des vêtements près du corps
- Autre



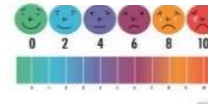
Odorat

- Je n'aime pas certaines odeurs - Préciser :



Je suis capable d'attendre : Oui Non

J'accepte les soins : Oui Non



Je suis capable de dire où j'ai mal Oui Non

J'accepte les soins sous MEOPA Oui Non

Manifestations observées en cas de douleur :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agitation | <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Automutilation |
| <input type="checkbox"/> Cris inexplicables | <input type="checkbox"/> Gémissements | <input type="checkbox"/> Pleurs |
| <input type="checkbox"/> Rires inadaptés | <input type="checkbox"/> Crispation | <input type="checkbox"/> Posture inhabituelle |
| <input type="checkbox"/> Se claque le visage | <input type="checkbox"/> Se bouche les oreilles | <input type="checkbox"/> Augmentation des tocs |
| <input type="checkbox"/> S'enfonce les doigts | <input type="checkbox"/> Se tapote la gorge,
dans les yeux le thorax | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | <input type="checkbox"/> Replis, isolement | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Je suis capable de rester seul pendant les soins : Oui Non

Je peux me montrer agressif : Oui Non



Je suis Droitier Gaucher



Communication

- je parle
- je m'exprime avec difficultés
- je n'ai pas de langage
- je communique avec une tablette
- Je communique, mais ce n'est pas toujours « fiable »
- je communique avec des images
- je communique par écrit
- je communique par le regard

Je comprends les :

- phrases
- mots
- images
- objets
- intonations



Renforceurs-facilitateurs

<input type="checkbox"/> Les félicitations	<input type="checkbox"/> Tablette numérique	<input type="checkbox"/> Bulles	<input type="checkbox"/> Feuilletter des magazines	<input type="checkbox"/> Aliments

Autres (préciser) :



Mobilité

- Je me déplace** Sans aide Avec aide partielle Avec aide totale
- Equipement spécifique (fauteuil, déambulateur, « dynamico » ...) :



Continence

- Urinaire** Oui Non
- Fécale** Oui Non

- Sans aide Avec aide partielle sur sollicitation Avec une aide totale

Précisions :

Fiche de suivi de selles : Oui Non

Me montrer où sont les toilettes



Repas

- J'utilise** Fourchette Couteau Cuillère Couverts adaptés
- Je mange** Sans aide Avec aide partielle Avec une aide totale
- repas normal en morceaux haché mixé
- Conduite alimentaire perturbée Anorexie Boulimie
- Potomanie

Régime :

- Je bois** des liquides des liquides gélifiés eau gazeuse
- Nutrition/hydratation entérale