

Mon Passeport Hospitalisation



Nom

Prénom

« Ce carnet m'est précieux, merci de me le rendre. »

«Détendez-vous tout va bien se passer !

Certes, j'ai des difficultés d'expression mais ce passeport et la personne qui m'accompagne vont vous aider à différencier ma maladie actuelle des manifestations habituelles de mon handicap.»

Ce carnet a pour objectif d'améliorer l'accueil des personnes polyhandicapées à l'hôpital. Il comporte trois volets :

Urgences : les renseignements administratifs, le diagnostic et les symptômes de mon handicap ainsi que les traitements médicamenteux, mes paramètres de base ; mes allergies ou intolérances, comment je manifeste ma douleur... puis enfin des données utiles et les précautions particulières à prendre.

Mon carnet de soins avec mes médecins spécialistes, la grille d'expression de mes douleurs, mes antécédents et particularités, mes appareillages, mes hospitalisations précédentes ainsi que mon projet de soins...

Mon passeport « bien-être » qui contient les informations qui vont vous aider à m'accompagner au quotidien lors de mon hospitalisation.

Ainsi que des annexes :

- une fiche des médicaments que je prends actuellement ;
- une fiche pour le suivi des soins après mon hospitalisation ;
- carte de vaccination.

• Nom Prénom

• N° national Lieu de naissance

• Personnes à contacter en cas d'urgence

..... ☎
..... ☎
..... ☎

• Adresse officielle

- Parents Service résidentiel Personne de confiance

.....
.....
..... ☎

- Si autre représentant légal

..... ☎

• Lieu de résidence

.....
.....

Personne référente : ☎

Responsable soins infirmiers : ☎

• Médecin traitant

.....
..... ☎

• Hôpital de référence

.....
..... ☎

Poids : _____ Taille : _____ T° : _____

Fréquence cardiaque : _____ Tension artérielle : _____

Fréquence respiratoire : _____ Saturation : _____

O²- Respirateur : Intermittent Permanent CPAP

Dernière prise de sang jointe : OUI NON

•Aspiration : OUI NON

Fréquence : _____

•Allergies

Médicamenteuses Produit de contraste Alimentaires Iode Autres (latex...)

•Intolérances Gluten Lactose

•Anesthésie Réactions Intolérance EMLA Réaction au MEOPA

•Epilepsie

OUI NON

Types de crises (durée, fréquence, manifestations, traitement) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

•Douleurs

(informations complémentaires p.11)

Attitudes d'expression habituelle de la douleur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement médicamenteux pour soulager la douleur ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signes d'apaisement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• À quel endroit est-il préférable de piquer ?

.....
.....

• Je suis sujet(te) à des fausses déglutitions ?

OUI NON

Sonde nasogastrique Gastrostomie

.....
.....
.....

Par gravité Par nutripompe

.....
.....

• Incontinence

Je suis incontinent pour les urines ?

OUI NON

Je suis incontinent pour les selles ?

OUI NON

Je porte un change, une sonde ou un appareillage ?

OUI NON

Si oui, lequel et fréquence des soins ?

.....
.....

Comment je m'exprime si je dois uriner ou aller à selles ?

.....
.....
.....

• Je suis sujet(te) aux escarres ? OUI NON

.....

.....

• Pour ma sécurité, j'ai besoin de contention? OUI NON

Lesquel(s) :

.....

.....

• J'ai des spasticités et des raideurs et/ou des mouvements anormaux ? OUI NON

Lesquel(s) :

.....

.....

• J'ai du matériel intracorporel ? OUI NON
(Pompe, pacemaker, matériel orthopédique, dérivation...)

Lesquel(s):

.....

.....

• J'utilise des orthèses (corset...) ? OUI NON

Lesquel(s) :

.....

.....

• Je suis sujet(te) à la constipation ? OUI NON

.....

.....

• **Projet de soins** OUI NON
Planification anticipée de soins (ACP)

Personnes à contacter - mandataires :

.....

.....

Limitations thérapeutiques OUI NON

.....

.....

• Médecins spécialistes

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

Dr Spécialité : ☎

• Paramédicaux

Mr/Mme Profession : ☎

Mr/Mme Profession : ☎

Mr/Mme Profession : ☎

Mr/Mme Profession : ☎

Mr/Mme Profession : ☎

Mr/Mme Profession : ☎

• Service de coordination de soins à domicile

Service ☎

Service ☎

Service ☎

Examens - Antécédents et particularités

•Système cardio-circulatoire

.....

.....

.....

.....

.....

•Système digestif

.....

.....

.....

.....

.....

•Système respiratoire - ORL

.....

.....

.....

.....

.....

•Système oculaire

.....

.....

.....

.....

•Système uro-génital

•Système neurologique

•Système ostéo-articulaire

•Système dermatologique

•Immunité et maladies infectieuses

•Système endocrinien et troubles du métabolisme

•Hématologie

•Gynéco-obstétrique

•Addictions éventuelles

•Antécédents familiaux

« La personne polyhandicapée perçoit la douleur mais l'extériorise peu ou de façon peu visible... »

Le questionnaire San Salvador, relatif à la grille de douleur éponyme validée pour les enfants et adultes polyhandicapés, est très utile pour évaluer la douleur ainsi que l'efficacité des antalgiques.

- ITEM 1 - Je crie de façon habituelle ? OUI NON

Si oui, quand ?

.....

.....

.....

- ITEM 2 - Je pleure parfois ? OUI NON

Si oui, pourquoi ?

.....

.....

.....

- ITEM 3 - J'ai des réactions motrices inhabituelles quand on me touche ou lorsqu'on me manipule ? OUI NON

Si oui, lesquelles (sursaut, hypertonicité, agitation...) ?

.....

.....

.....

.....

- ITEM 4 - Je sais me protéger avec les mains ? OUI NON

- ITEM 5 - Je m'exprime par gémissements ? OUI NON

Si oui, dans quelles circonstances ?

.....

.....

.....

.....

•ITEM 6 - Je m'intéresse à mon environnement ? OUI NON
 Si oui, est-ce spontanément ou dois-je être sollicité et comment ?

.....

.....

.....

.....

•ITEM 7 - Mes raideurs sont douloureuses dans la vie quotidienne ? OUI NON
 Si oui, quand ?

.....

.....

.....

.....

•ITEM 8 - Je communique avec l'adulte ? OUI NON
 Si oui, spontanément ou faut-il me solliciter et comment ?

.....

.....

.....

.....

.....

•ITEM 9 - J'ai une motricité spontanée ? OUI NON

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ce sont des mouvements :
<input type="checkbox"/> volontaires
<input type="checkbox"/> incoordonnés
<input type="checkbox"/> réflexes | Sont-ils:
<input type="checkbox"/> occasionnels
<input type="checkbox"/> incessants |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

•ITEM 10 - Quelle est ma position de confort habituelle ?

.....

.....

• Je tolère la position assise ?
Comment faut il m'installer ?

OUI NON

.....

.....

.....

.....

.....

• Lorsque j'ai mal, mon comportement et mes attitudes sont :

.....

.....

.....

.....

• Médicaments que je prends lorsque je suis douloureux(se) :

.....

.....

.....

.....

• Les soins que j'ai difficile à accepter sont:

.....

.....

.....

• Pour m'aider vous pouvez:

.....

.....

.....

.....

HOSPITALISATIONS PRECEDENTES

- Dates, causes, durées

Area with horizontal dotted lines for writing.

• Kinésithérapie ? OUI NON

Objectifs et traitement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Logopédie ? OUI NON

.....

.....

.....

• Coordination de soins ? OUI NON

.....

.....

.....

• Equipe soignante à domicile ? OUI NON

.....

.....

.....

• Service répit ou autre ? OUI NON

.....

.....

.....

«Voici des informations qui vont vous aider à contribuer à mon bien-être.

Merci de prendre le temps de me comprendre, de respecter mon autonomie et mon intimité.»

MON INSTALLATION

• Je sais m'orienter dans l'espace ? OUI NON

• Comment j'aime être installé(e) la journée ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Je passe d'une position à l'autre ? OUI NON
Lesquelles, seul(e) ou accompagné(e) :

.....

.....

.....

.....

• J'aime être installé(e) dans un fauteuil (autre que ma voiturette) : OUI NON
Avec quel soutien ?

.....

.....

.....

.....

• Je marche ? OUI NON
Avec quelle aide et quelles précautions particulières ?

.....

.....

.....

.....

« *L'absence de paroles n'est pas l'absence de langage...* »

• Je m'exprime et je communique :

- avec des mots
- avec une méthode (Bliss...)
- avec des mimiques ou vocalises
- avec un code oui-non
- avec une synthèse vocale
- en désignant avec la tête ou le regard
- en langue des signes
- avec une autre langue
- par écrit
- autre :

Comment utiliser cette méthode ?

.....

.....

• Comment j'exprime mon mal-être ?

.....

.....

.....

• Je suis perturbé(e) par ?

.....

.....

.....

• J'ai des stéréotypies ?

OUI NON

.....

.....

.....

.....

•Voici comment j'exprime mes besoins essentiels :

Soif :

.....

.....

Faim :

.....

.....

Fatigue :

.....

.....

Joie :

.....

.....

Tristesse :

.....

.....

Ennui :

.....

.....

•Comment j'exprime mes choix ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Je suis un régime particulier ? J'ai des intolérances ou des allergies alimentaires ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

• Ce que je sais faire seul(e) ou avec aide (adaptation...) :

.....

.....

.....

• Je suis sujet(te) à des fausses déglutitions ?

OUI NON

• J'ai une gastrostomie ?

OUI NON

Si oui, alimentation employée, rythme, quantité et précautions à prendre :

.....

.....

.....

Sonde nasogastrique Gastrostomie

.....

.....

.....

Par gravité Par nutripompe

.....
.....
.....

•Epaissir mes boissons ? OUI NON

Texture :

.....
.....
.....

•Comment m'installer et me donner à boire ?

.....
.....
.....
.....

•Ce que j'aime/n'aime pas boire :

.....
.....
.....
.....

•Texture de mon repas mixé écrasé petits morceaux
 mélangé séparé

•Comment m'installer et me donner mon repas ?

.....
.....
.....
.....

• Ce que j'aime/n'aime pas manger :

.....
.....
.....

• Je suis

droitier(ère) gaucher(ère)

• J'ai accès à une motricité fine ?

OUI NON

.....
.....
.....

• Comment m'administrer mes médicaments ?

.....
.....
.....
.....
.....

• Je souffre de constipation ?

OUI NON

Si oui quelle précaution faut il prendre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

• Mon rythme de sommeil ?

• Si je m'éveille pendant la nuit, il faut ... ?

• Je suis frileux(euse) ?

OUI NON

• Pour ma sécurité veillez à :

• Comment j'aime être installé(e) pour ma toilette ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Ce à quoi il faut être attentif :

.....

.....

.....

.....

.....

• Comment favoriser mon autonomie ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Mes habitudes de brossage dentaire :

.....

.....

.....

.....

• Les soins de mes cheveux :

.....

.....

.....

• Mes habitudes et produits de soins :

.....

.....

.....

• Mes préférences vestimentaires :

.....

.....

.....

• Mes habitudes et mon installation lors de mes changes ?

.....

.....

.....

• Mes habitudes et mon installation pour aller à selles et uriner ?

.....

.....

.....

.....

• Ai-je besoin d'aide pour comprendre l'organisation de la journée ?

OUI NON

Si oui, par quel moyen :

.....

.....

.....

.....

• Activités préférées ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Il faut veiller à ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Objets préférés ?

.....

.....

.....

.....

.....

• DVD - émissions TV... ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Musique et chansons ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Ma journée type ?

Notez les heures habituelles.

Lever :

Petit déjeuner :

Matin :

Dîner :

Sieste :

Goûter :

Après-midi :

Souper :

Soirée :

Coucher :

Noms, prénoms, liens...

Form with 20 horizontal dotted lines for writing names and contact information.

• Diagnostic :

.....

.....

.....

.....

• Suivi préconisé :

Traitements médicamenteux :

.....

.....

.....

.....

Autres traitements :

.....

.....

.....

Examens prévus :

.....

.....

.....

.....

Rendez-vous pris :

.....

.....

.....



Ce passeport a été rédigé par :

Le CIREP (Centre Informations Ressources Polyhandicap), l'AP³ (Association de Parents et de Professionnels autour de la Personne polyhandicapée) et Wallopoly asbl, Service Répit pour les familles.

Rédaction : Linda Cuvelier - Graphisme : Raphaël Nys - Editeur responsable : Jocelyne Burnotte

Nous contacter ? info@cirep.be
Plus d'infos ? www.cirep.be, www.ap3.be et sur www.wallopoly.be