

# Passeport santé pour les patients à besoins spécifiques

Questionnaire réalisé par Handisoins44

Handisoins44@chu-nantes.fr



## Volet 1 - VOTRE FICHE ADMINISTRATIVE

Fait le :

<b>Votre Nom</b>	<b>Prénom</b>
<b>Date de naissance</b>	Sexe
Adresse ou structure d'accueil	
Code postal	Ville
Téléphone	Mail

### Votre entourage :

- Préciser la personne référente à prévenir :

Nom	Prénom
Lien	
Téléphone	Mail

- Avez-vous désigné une personne de confiance Oui Non Je ne sais pas

Nom	Prénom
Téléphone	Mail

- Avez-vous rédigé des directives anticipées (pas obligatoires) Oui Non

### Votre mesure de protection :

- Si mineur, préciser le ou les titulaires de l'autorité parentale :

Nom	Prénom	Lien
Téléphone	Mail	

- Si majeur protégé, préciser la mesure de protection :

Tutelle (aux biens / avec mesure de représentation relative à la personne) Curatelle  
Habilitation familiale (limitée aux biens / générale avec mandat spécial de protection de la personne)  
Sauvegarde de justice Sauvegarde médicale

Nom	Prénom	Lien
Téléphone	Mail	

# Passeport santé pour les patients à besoins spécifiques

Questionnaire réalisé par Handisoins44

Handisoins44@chu-nantes.fr



## Volet 2 - VOTRE FICHE SANTE

### Votre médecin traitant ou référent médical :

Nom Prénom

Adresse

Téléphone Mail

### Diagnostic et / ou origine du handicap

### Avez-vous une pathologie chronique associée ?

Epilepsie Stabilisée date de la dernière crise

Non stabilisée protocole (joindre prescription)

Port de casque

Autres

### Avez-vous des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux ?

### Avez-vous un dispositif médical implanté ? (pace maker, implant cochléaire,...)

Votre poids / taille kg cm à la date du

### Avez-vous des allergies médicamenteuses / contre-indications ?

Prenez vous un traitement médical ? Non Oui (joindre l'ordonnance en cours)

### Consultations ou hospitalisations prévus dans l'année ?

### Avez-vous des besoins de soins et/ou d'examen dans une ou plusieurs spécialités ?

(Prescription médicale obligatoire par spécialité)

# Passeport santé pour les patients à besoins spécifiques



Questionnaire réalisé par Handisoins44

Handisoins44@chu-nantes.fr

## Volet 3 - VOTRE VIE QUOTIDIENNE

### Votre communication :

Langue parlée :

Si vous avez besoin d'un interprète, précisez la langue :

Expression verbale :

Phrases complexes      Phrases simples      Quelques mots      Oui-Non

Autres :

Compréhension verbale :

De phrases complexes      De phrases simples      De mots simples      Aucune

Fiabilité de la réponse : Oui      Non

Autres :

Quels sont les moyens pour vous faire comprendre ?

Mots simples      Sons      Toucher      Regard      Gestes      LSF      préciser :

Quels sont les outils utilisés ? Pictogrammes      Tablette/écran      Photos      Makaton      Dessin

Autres :

Comment souhaitez-vous que l'on vous appelle :

Les particularités sensorielles gênantes : Bruits      Lumière      Odeurs      Toucher

Préciser :

Avez-vous un appareillage ? Auditif      Visuel      Dentaire      Orthopédique

Préciser :

Avez-vous besoin d'une aide technique à la mobilité et aux transferts ?

Fauteuil roulant      Déambulateur      Verticalisateur      Lève malade

Préciser :

Avez-vous des soins quotidiens à domicile ? Non      Oui

Préciser le soin et l'horaire :

Votre alimentation orale est-elle possible ? Oui      Non      préciser :

Avez-vous un risque de fausses routes ? Non      Oui      préciser :

Avez-vous un régime alimentaire ? Non      Oui      préciser :

### Votre scolarité et / ou votre activité professionnelle :

Quel est votre niveau scolaire ?

Accueil en : Etablissement scolaire      Etablissement médico-social      Autres

Préciser :

Avez-vous une activité professionnelle ? Non      Oui      Préciser :

# Passeport santé pour les patients à besoins spécifiques



Questionnaire réalisé par Handisoins44

Handisoins44@chu-nantes.fr

## Volet 4 - VOS BESOINS POUR L'ACCUEIL ET LE SOIN

### Le jour de votre consultation, qui vous accompagnera ?

Avec quels moyens de transports viendrez-vous ?

Avez-vous besoin d'un plan précisant les stationnements PMR ? Oui Non

Venez-vous : en marchant en fauteuil en brancard

Avez-vous besoin d'une visite blanche avant la consultation ou le soin ? Oui Non

Avez-vous besoin de supports ? Pictogramme Photo Autres

L'attente en salle d'attente est-elle habituellement possible ? Oui Non

Préciser :

Etes-vous en capacité de venir à l'appel de votre nom et /ou prénom ? Oui Non

Le temps d'attention est estimé à min

La blouse blanche est-elle possible ? Oui Non Préciser :

Certains sujets sont-ils à éviter ?

Certains gestes et attitudes sont-ils à éviter ?

Vous arrive-t-il de ressentir du stress lors d'une consultation ou d'un soin ? Oui Non

Comment l'exprimez-vous ?

Qu'est-ce qui vous apaise (renforçateurs, centres intérêts, hobby) ?

Comment exprimez-vous votre douleur ?

Verbale Mimiques Pleurs Cris Mouvement de défense

Autres :

Avez-vous déjà utilisé le MEOPA : Oui Non Ne sais pas

Préciser son utilisation :

Pendant les soins, pouvez-vous rester seul ? Oui Non Préciser :

Pouvez-vous vous installer ou faire vos transferts seuls sur la table auscultation ou le fauteuil de soins ?

Oui Non Préciser :

Avez-vous besoin d'une aide pour l'habillage / le déshabillage ou allez aux WC ? Oui Non

Préciser :

Présentez-vous une incontinence urinaire ou fécale ? Oui Non Préciser :

Autres points de vigilance liés à votre handicap :