

# 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 deux annexes :

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

## ADMINISTRATIF

• Nom ..... Prénom .....

• N° national ..... Lieu de naissance .....

• Personnes à contacter en cas d'urgences

..... ☎

..... ☎

• 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

..... ☎





• 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 ?

.....

.....

## PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES

• 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**  
Planification anticipée de soins (ACP)  OUI  NON  
Personnes à contacter - mandataires :

.....



Limitations thérapeutiques  OUI  NON

.....

.....



## RÉFÉRENTS MEDICAUX

---

### • Médecins spécialistes

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 : ..... 

### • Service de coordination de soins à domicile

Service ..... 

## BILAN DE SANTÉ

---

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

---

---

---

## DOULEUR

**« 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 :

- volontaires
- incoordonnés
- réflexes

Sont-ils:

- occasionnels
- incessants

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

.....

.....

• Je tolère la position assise ?  
Si oui, 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:

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







## SOINS PARAMÉDICAUX

---

• 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 ?

.....

.....

.....

# COMMUNICATION

« *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 stéréotypes ?

OUI  NON

.....

.....

.....

• Voici comment j'exprime mes besoins essentiels :

Soif : .....

.....

Faim : .....

.....

Fatigue : .....

.....

Joie : .....

.....

Tristesse : .....

.....

Ennui : .....

.....

• Comment j'exprime mes choix ?

.....

.....

.....

.....

.....

## ALIMENTATION

- 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 SOMMEIL

---

- Comment m'installer dans un lit ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Mes appareillages de nuit éventuels ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Mes habitudes et rituels pour favoriser mon endormissement ?

.....

.....

.....

.....

.....

• Mon rythme de sommeil ?

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

• Je suis frileux(euse) ?

OUI  NON

• Pour ma sécurité veillez à :

.....

.....

.....

.....

.....

## MA TOILETTE

---

- 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 ?

.....

.....

.....

## MES OCCUPATIONS - RYTHMES ET RITUELS

• 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 : .....





## SUIVI DE MA VISITE OU MON SÉJOUR À L'HÔPITAL

---

• Diagnostic :

.....

.....

.....

• Suivi préconisé :

Traitements médicamenteux :

.....

.....

.....

Autres traitements :

.....

.....

Examens prévus :

.....

.....

.....

Rendez-vous pris :

.....

.....







**Ce manuel de sensibilisation a été rédigé par :**

AP<sup>3</sup> (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@wallopoly.be](mailto:info@wallopoly.be)  
Plus d'infos ? [www.ap3.be](http://www.ap3.be) et sur [www.wallopoly.be](http://www.wallopoly.be)