

Passeport Santé

Pour les enfants et les adultes autistes

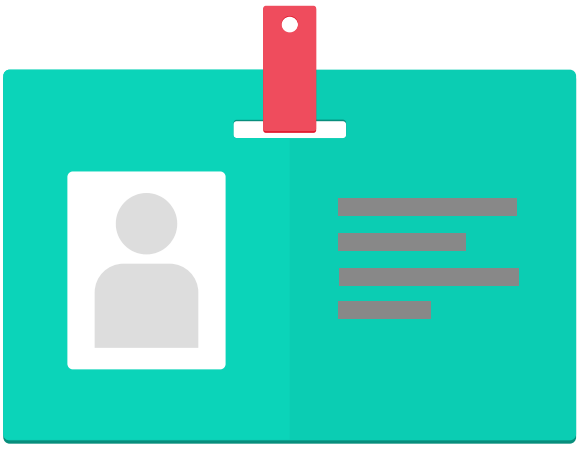
Ce document aidera les professionnels de santé à répondre à vos besoins médicaux de la meilleure façon possible.

Assurez-vous que toutes les informations soient correctes et à jour.

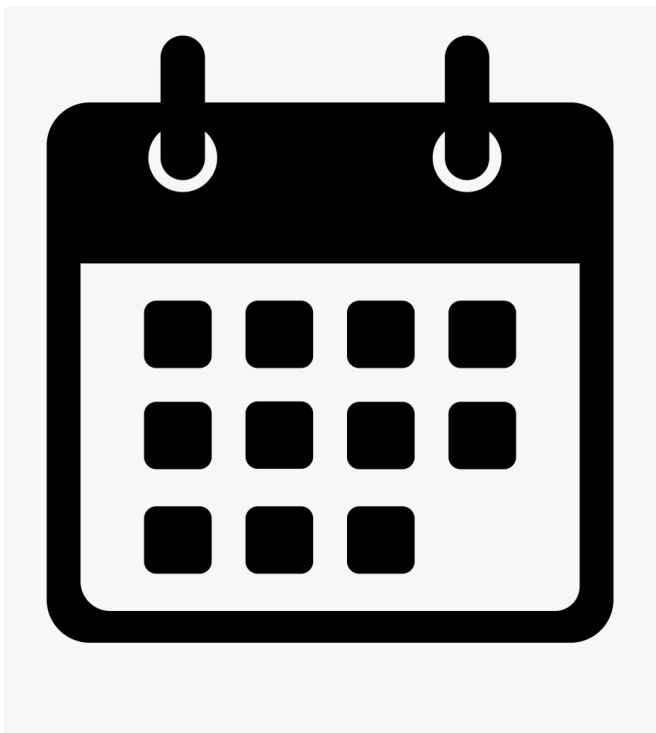
Cher médecin, chère infirmière :

Merci de prendre le temps de lire et de prendre en compte les informations présentes dans ce document avant de réaliser un examen ou de commencer un traitement médical.





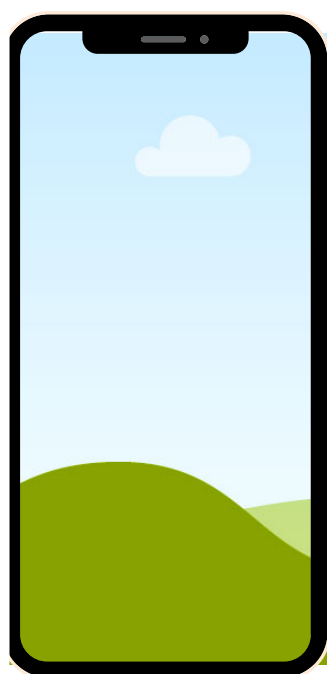
Je m'appelle



Je suis né le



J'habite



Mon numéro de téléphone est



J'habite avec



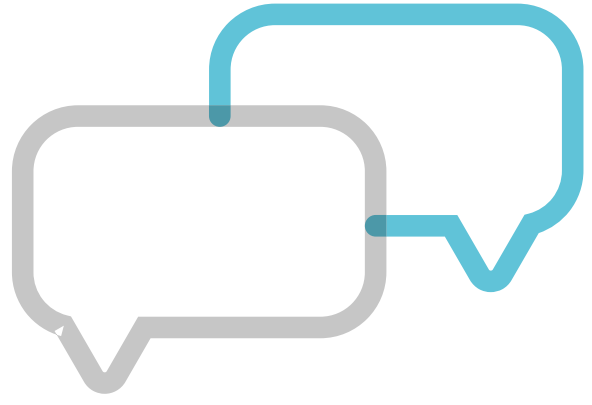
La personne principale
qui s'occupe de moi est

Téléphone



Mon médecin référent est

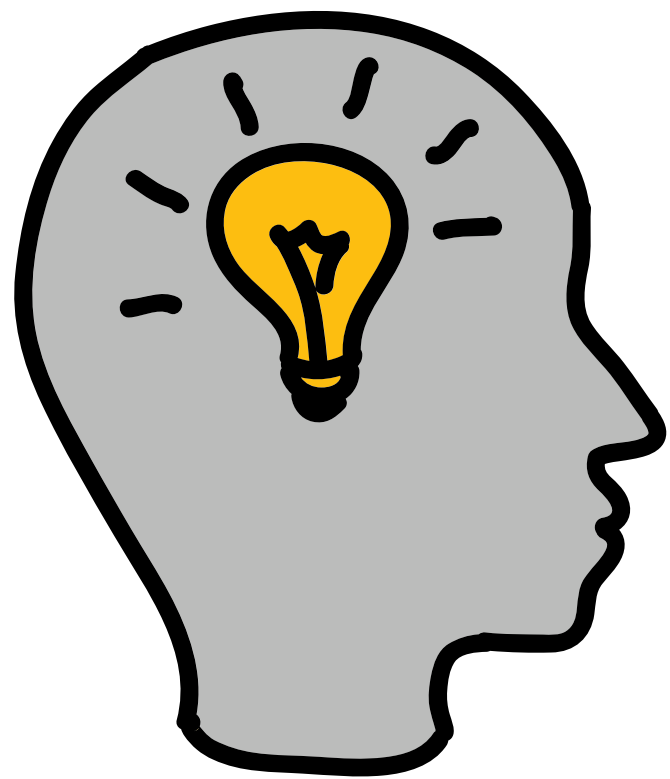
Téléphone



Je communique par



Quel est le meilleur moyen de communiquer avec moi



L'aide dont j'ai besoin pour prendre des décisions

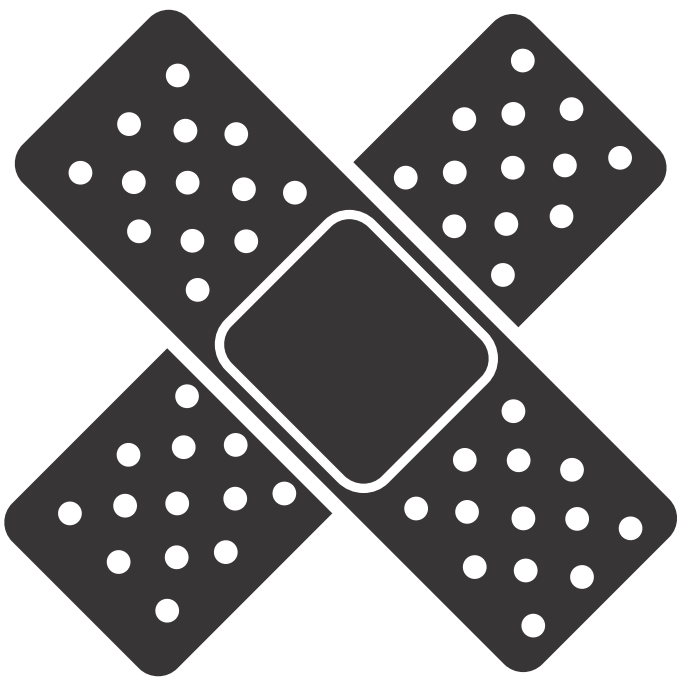
Besoins sensoriels





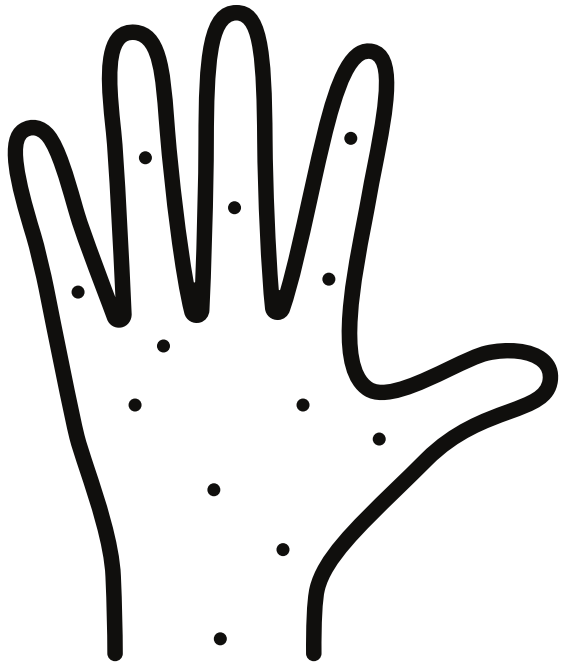
Ce que je peux faire lorsque
je suis stressé

Comment m'aider lorsque
je suis stressé



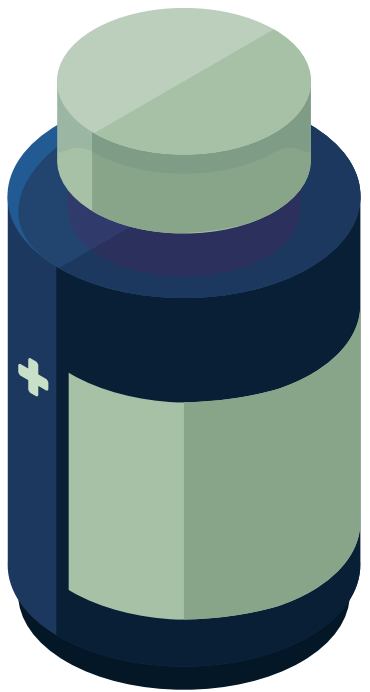
Comment puis-je exprimer
la douleur

Besoins médicaux

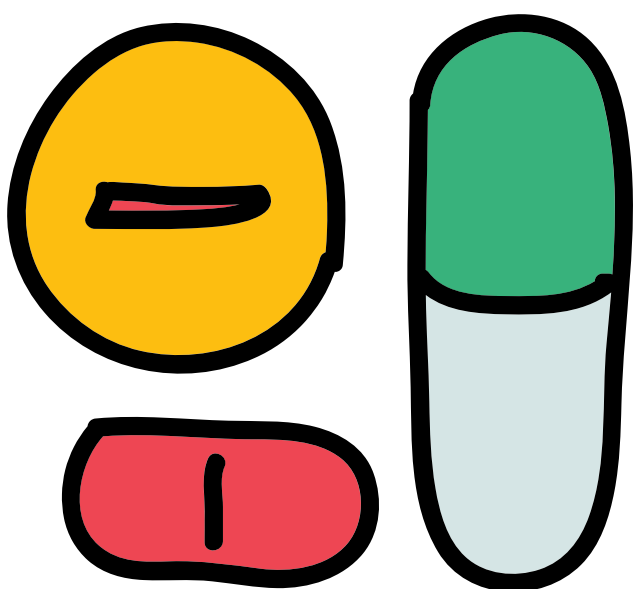


Je suis allergique à

Autres maladies que j'ai



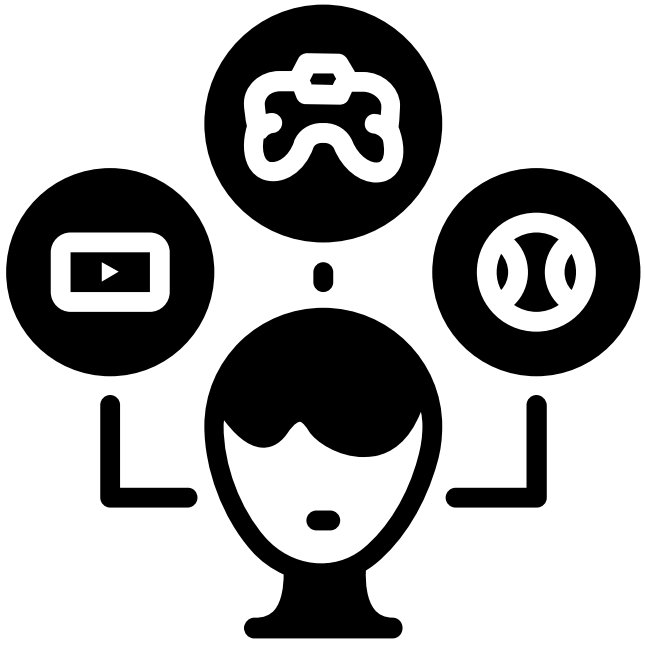
Les médicaments que je prends



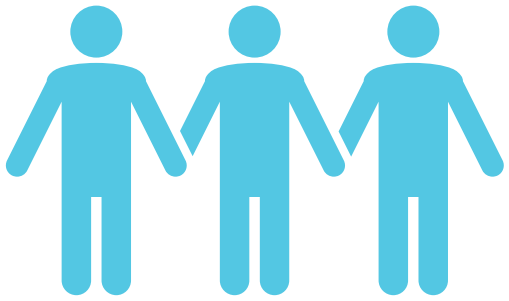
Quelle forme de médicament
je préfère



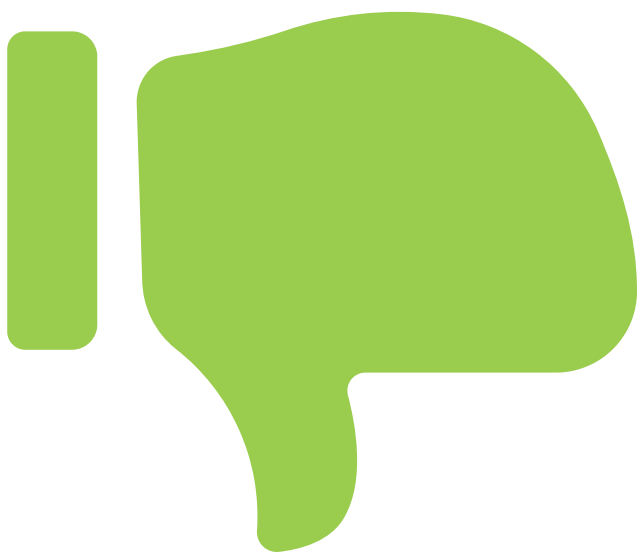
Je me détends en



Mes intérêts et les choses
que j'aime



Vous pouvez m'aider à avoir
confiance en



Les choses que je trouve
difficiles sont

Complété par: _____

Relation au patient _____

Date de dernière mise à jour _____