

FICHE D'INFORMATION

Il est important que cette fiche soit correctement remplie afin de fournir toute l'information utile à la personne intervenant auprès de votre enfant. Grâce à ces précisions, celui-ci pourra répondre de manière adaptée aux sollicitations et aux besoins de votre enfant.

A - Autonomie

1. Alimentation

- Il faut lui donner à manger.
- Il faut le faire boire.
- Mange à l'aide d'un adulte.
- Il faut lui couper sa viande.
- Mange normalement seul.
- Alimentation gastro-entérale
 - le jour (précisez horaires : / /)
 - la nuit (précisez horaires : / /)

★ IL a tendance à manger :

- Un peu, il faut le stimuler.
- Normalement.
- Trop, il faut le freiner.

★ Il a tendance à boire

- Peu, il faut le stimuler.
- Normalement.
- Trop, il faut le freiner.

★ Comment se passent les repas ? (installation, type de couverts, bavoir, que sait-il faire ? Les conseils pour que les repas se déroule bien).

.....

Aime les plats suivants :

.....

n'aime pas les plats suivants :

.....
 ;.....

★ La personne a-t-elle un régime particulier ? oui non

Qualité :

- Hypocalorique
- Hypercalorique
- Sans graisse
- Autres :
- Sans porc
- Sans sel
- Sans gluten

Texture :

- Normale
- Petit morceaux
- Mixée

2. Sommeil

★ La personne porte-t-elle des couches ? oui non

Combien en utilise-t-elle le jour ?

Combien en utilise-t-elle la nuit ?

Δ Durant la nuit, fait-il parfois pipi au lit ? oui non

Si oui, quelle est la stratégie à adopter ? (le gronder, le réveiller à des heures fixes).....

★ La personne est-elle dans une phase d'apprentissage de la propreté sphinctérienne ? Pour être cohérent avec sa prise en charge, que devons nous faire ?

★ La personne a-t-elle un « doudou » ? oui non

Comment se nomme-t-il ?

★ A quelle heure est-elle couchée habituellement ?.....

★ A quelle heure s'endort-elle ?.....

★ A-t-elle des difficultés pour s'endormir ?.....

★ A-t-elle des habitudes d'endormissement ? Si oui, lesquelles ?.....

.....
.....
★ A-t-elle des réveils nocturnes ? Si oui, à quelles heures ou à quelles fréquences ?.....
.....

★ Sieste (fatigabilité, besoin, durée).....
.....

★ Port d'appareillage (atteles, mousses, corsets etc)

Hygiène

★ La personne porte-t-elle une couche ? oui non

★ Si non, faut-il la mettre au WC ? oui non

A quelle heure ?
.....

4. Informations gynécologiques

La personne est-elle une jeune femme réglée ?

Est-elle capable de se prendre en charge toute seule pour l'utilisation de ses protections ? oui non

4. Mobilité

Se déplace dans un fauteuil roulant.

Marche avec un appareillage.

Marche avec l'aide d'un adulte.

Marche seul à une allure lente.

Marche seul à une allure normale.

★ La personne utilise un appareillage ? oui non

(N'oubliez pas de remplir la partie médicale)

★ Lequel :.....
.....

★ La personne : Aime les longues marches

Aime les courtes marches

N'aime pas marcher

★ Autres renseignements :

- Sait monter seul sur un lit superposé, sait en descendre seul.
- Sait monter un escalier seul.
- Sait descendre un escalier seul.
- Sait courir.
- Sait sauter.
- Sait jouer avec un ballon avec les mains.
- Sait jouer avec un ballon avec les pieds.
- Sait faire du vélo.
- Sait nager.

B - Activité

- Ne participe pas aux activités qu'on lui propose
- Participe très peu et doit être beaucoup motivé
- Propose des activités

Veillez lister des activités qu'il aime et celles qu'il n'aime pas

Ce qu'il aime

Ce qu'il n'aime pas

.....

.....

C - Comportement

★ La personne gardée présente-t-elle des crises d'agitation ? oui non

Quand ?

Pourquoi ?

Comment se manifestent-elles ? (Agitations, cris, violence envers lui-même ou les autres ?)

.....

Comment peut-on le calmer ? (Essayer de répondre avec précision)

.....

Comment se Comporte-t-il après sa crise ? (Exemple il dort beaucoup, il est angoissé.....)

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

★ La personne se met-elle dans des situations de danger ? Lesquelles ?

.....
.....

★ La personne a-t-elle tendance à la fugue ? oui non

Veillez préciser les circonstances, ainsi que les signes avant-coureurs.
S'il y a, en a-t-il conscience des dangers qu'il peut rencontrer ?

.....
.....

D – Epilepsies

★ Quels sont les signes présentés ?

A quels moments de la journée ces épisodes apparaissent-ils le plus souvent (le jour, la nuit) ?

E – Allergies

★ La personne souffre-t-elle d'allergie à des médicaments ?

oui non

Lesquelles ?.....

Comment se manifeste cette allergie ? (toux, boutons, eczéma, asthme...)

.....
.....

★ La personne souffre-t-elle d'allergie d'une autre nature ?

oui non

Lesquelles ? (lessive, tissus, animaux, poussière...)

.....
.....

Comment se manifeste cette allergie ? (toux, boutons, eczéma, asthme etc.)

.....
.....

E – Réactions à la douleur

★ Comment l'enfant exprime –t-il la douleur (verbalisation, rires, pleurs,

agitation etc.) ?

.....
Sait-il indiquer l'endroit où il a mal ?

Autres commentaires que vous jugez utile de noter :

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