



Fiche de route

Comportement

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

Veuillez lister des activités qu'il aime et celles qu'il n'aime pas :

Ce qu'il aime

Ce qu'il n'aime pas

.....

.....

L'enfant présente-t-il des crises d'agitation? Oui Non

Quand ?

Pourquoi ?

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

.....

Comment peut-on les calmer? (Essayez de répondre avec précision)

.....

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

.....

La personne a-t-elle tendance à la fugue? Oui Non

S'il y en a, a-t-il conscience des dangers qu'il peut rencontrer?

.....

Alimentation

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

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

Aime les plats suivants :

N'aime pas les plats suivants :

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

- Il faut lui donner à manger
- Il faut le faire boire
- Mange avec l'aide d'un adulte
- Il faut lui couper sa viande
- Mange normalement seul

Il a tendance à manger:

- 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

.....
.....

Y a-t-il un régime particulier ? Oui Non

Qualité :

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

Texture :

- Normale
- Petits morceaux
- Mixée

Sommeil

La personne porte-t-elle des couches ? Oui Non

Combien en utilise-t-elle le jour ?

Combien en utilise-t-elle la nuit ?

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 ?

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

Siestes (fatigabilité, besoin, durée)

.....
.....

Propreté

La personne porte-t-elle une couche ? Oui Non

Si non, faut-il la mettre au WC ? Oui Non

A quelle(s) heure(s) ?.....
.....

La personne est-elle une jeune femme réglée ? Oui Non

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

Mobilité

La personne utilise un appareillage? Oui Non (n'oubliez pas de remplir la partie médicale)

➤ Lequel

Se déplace dans un fauteuil roulant

Sait monter et descendre d'un lit superposé

Marche avec un appareillage

Sait monter un escalier seul

Marche avec l'aide d'un adulte

Sait descendre un escalier seul

Marche seul à une allure lente

Sait courir

Marche seul à une allure normale

Sait sauter

Aime les longues marches

Sait jouer avec un ballon avec les mains

Aime les courtes marches

Sait jouer avec un ballon avec les pieds

N'aime pas marcher

Sait faire du vélo

Sait nager

Précautions à prendre :.....
.....

Allergies

La personne souffre-t-elle d'allergie alimentaire ? 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? (médicament, lessive, tissus, animaux, poussière)

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

.....