

# Recueil de données cibles

Three human figures with colored dots on their heads, chests, and heads, each followed by a 10-point color scale bar and five corresponding emotion icons (happy, neutral, sad, angry, very sad).

Four icons representing a tooth, an eye, a heart, and an ear, each followed by a 10-point color scale bar and five corresponding emotion icons.

Four icons representing a hand, a person with a chest dot, a person with a chest dot, and a hand, each followed by a 10-point color scale bar and five corresponding emotion icons.

Five icons representing a person with a chest dot, a person with a chest dot, a person with a chest dot, a person with a chest dot, and feet, each followed by a 10-point color scale bar and five corresponding emotion icons.

Remarques

Suite à donner

Prochain rendez-vous :

Document réalisé et distribué par

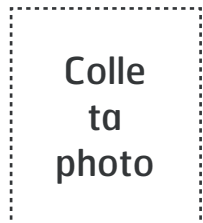
**Apei**  
Les Papillons Blancs  
Hénin - Carvin

Résidence Les Charmes  
Boulevard Jean Moulin, B.P. 174  
62253 HENIN-BEAUMONT Cedex  
Tél. 03 21 20 60 13 - Fax : 03 21 75 36 79  
www.apei-henin.com - siege@apei-henin.com

Edition juin 2017

# MON PARCOURS DE SOINS

Nom :  
Prénom :  
Âge :



Mon mode de communication

Je comprends par



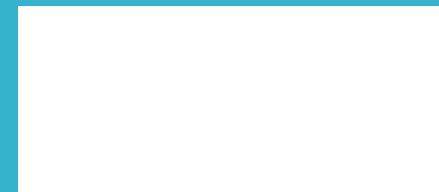
Je m'exprime par



**ACTEUR DE MA SANTÉ**  
je comprends  
je m'exprime  
j'identifie

...

**Apei**  
Les Papillons Blancs  
Hénin - Carvin



# Recueil de données générales

# Mon parcours de santé

# Spécialistes

Echelle de la peur

demande spontanée  demande observée

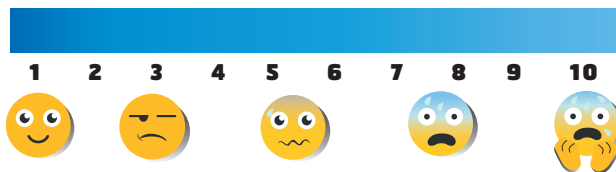
Suivi par :

**Action**



Généraliste

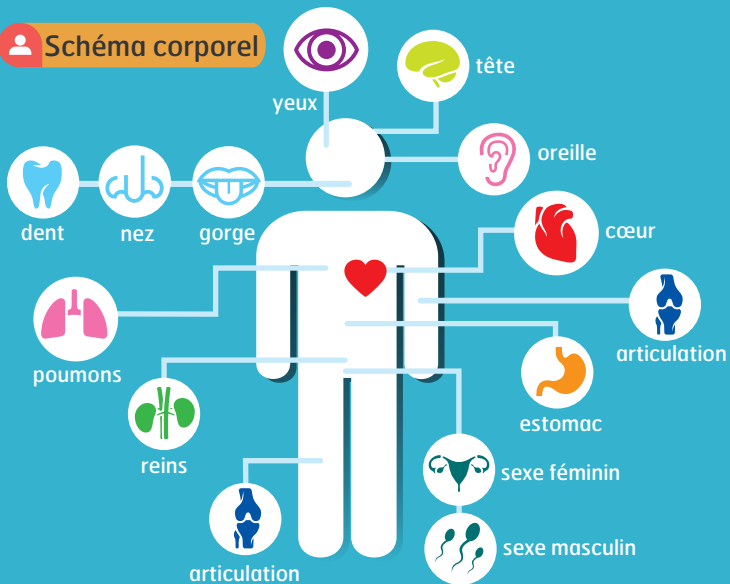
Echelle de la peur



Evaluation à jours

Ajustements aux jours

**Schéma corporel**



**Echelle de douleur**

**Fréquence**



Date :

Fréquence douleur :

1 jour  2 jours  3 jours  +3 jours

lun. - mar. - mer. - jeu. - ven. - sam. - dim.

Verbalisation et / ou manifestation :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Chirurgien dentiste**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**O.R.L**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Psychiatre**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Neurologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Dermatologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Gastrologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Cardiologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Ophthalmologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Pneumologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Rhumatologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Gynécologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

## Paramédicale

**Infirmière**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Kinésithérapeute**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**Podologue**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :

**X**  
Lieu :  
Date :  
Heure :

Praticien :