

Renseignements

Allergies :

Médicamenteuses : _____

Alimentaires : _____

Autre : _____

Ma taille, mon poids :

Date	Taille	Poids

Date	Taille	Poids

Mon protocole de traitement

Mon protocole de traitement

Le protocole de traitement de votre enfant vous sera au début de son traitement et à chaque nouvelle étape du traitement.



Mes soins de voie veineuse centrale

Lors des hospitalisations remplir cette fiche à chaque sortie
 Pour les soins à domicile remplir la fiche à chaque fois

Date													
Lieu													
Etat cutané	propre												
	rouge												
	sensible												
Retour veineux	immédiat												
	Difficile												
	absent												
absent mais perméable													
type de pansement													
Protocole Urokinase													
Identité du soignant													

Observations : _____



Mes soins de voie veineuse centrale

Lors des hospitalisations remplir cette fiche à chaque sortie
 Pour les soins à domicile remplir la fiche à chaque fois

Date											
Lieu											
Etat cutané	propre										
	rouge										
	sensible										
Retour veineux	immédiat										
	Difficile										
	absent										
absent mais perméable											
type de pansement											
Protocole Urokinase											
Identité du soignant											

Observations : _____



Mon groupe sanguin

**COPIE DE LA CARTE DE
GROUPE SANGUIN**



Mes numérations

Avoir toujours une copie de la carte de groupe avec votre enfant, vous pouvez en glisser un exemplaire dans ce classeur

Consignes transfusionnelles particulières (se référer à la prescription médicale):

Date	Hémoglobine g/dL	Transfusion cocher	Plaquettes /mm ³	Transfusion cocher	G.B. /mm ³	P.N. /mm ³



Date	Hémoglobine g/dL	Transfusion cocher	Plaquettes /mm ³	Transfusion cocher	G.B. /mm ³	P.N. /mm ³



Date	Hémoglobine g/dL	Transfusion cocher	Plaquettes /mm ³	Transfusion cocher	G.B. /mm ³	P.N. /mm ³



Bactrim /Pentacarinat

Le Bactrim* en comprimé ou le Pentacarinat* en aérosol sont prescrits la plupart du temps pendant toute la durée du traitement. Ces 2 médicaments permettent la prévention des infections à *Pneumocystis jiroveci*.

Le traitement préventif de mon enfant se fait par :

Bactrim*

La prise du Bactrim* se fait 3 fois/semaine
(lundi, mercredi, vendredi)

Pentacarinat*

L'administration de Pentacarinat se fait une fois/mois en hospitalisation ou en hôpital de jour.

Date du dernier aérosol

Date du dernier aérosol



Mémo prise en charge de la douleur et de mon confort

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin ou examen réalisé				
Présence et role du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mémo prise en charge de la douleur

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin réalisé				
Présence et role du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mémo prise en charge de la douleur

Date				
Soignant/ Lieu				
Soin réalisé				
Présence et role du parent				
Aide Médicamenteuse (MEOPA, Emla...)				
Aide non médicamenteuse				
Echelle				
Résultats				
Réajustements à prévoir				
Observations/ Vécu du patient				



Mes hospitalisations

Dates et lieu	Motif	Particularités



Mes hospitalisations

Dates et lieu	Motif	Particularités



Mes rendez-vous

Jours Date Heure	Rendez-vous	Document à prendre A penser



Questions à poser

Notes personnelles

