

# GUIDE D'AIDE À LA COMMUNICATION



**RÉUSSIR À SE FAIRE COMPRENDRE**



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun

[www.ahnac.com](http://www.ahnac.com)

OUI



---

NON



Bonjour

---

Au revoir

---

S'il vous plaît

---

Merci

---

Ça va

---

Je ne sais pas

OUI

NON

A B C D

E F G H

I J K L

M N O P

Q R S T

U V W

X Y Z

OUI

NON

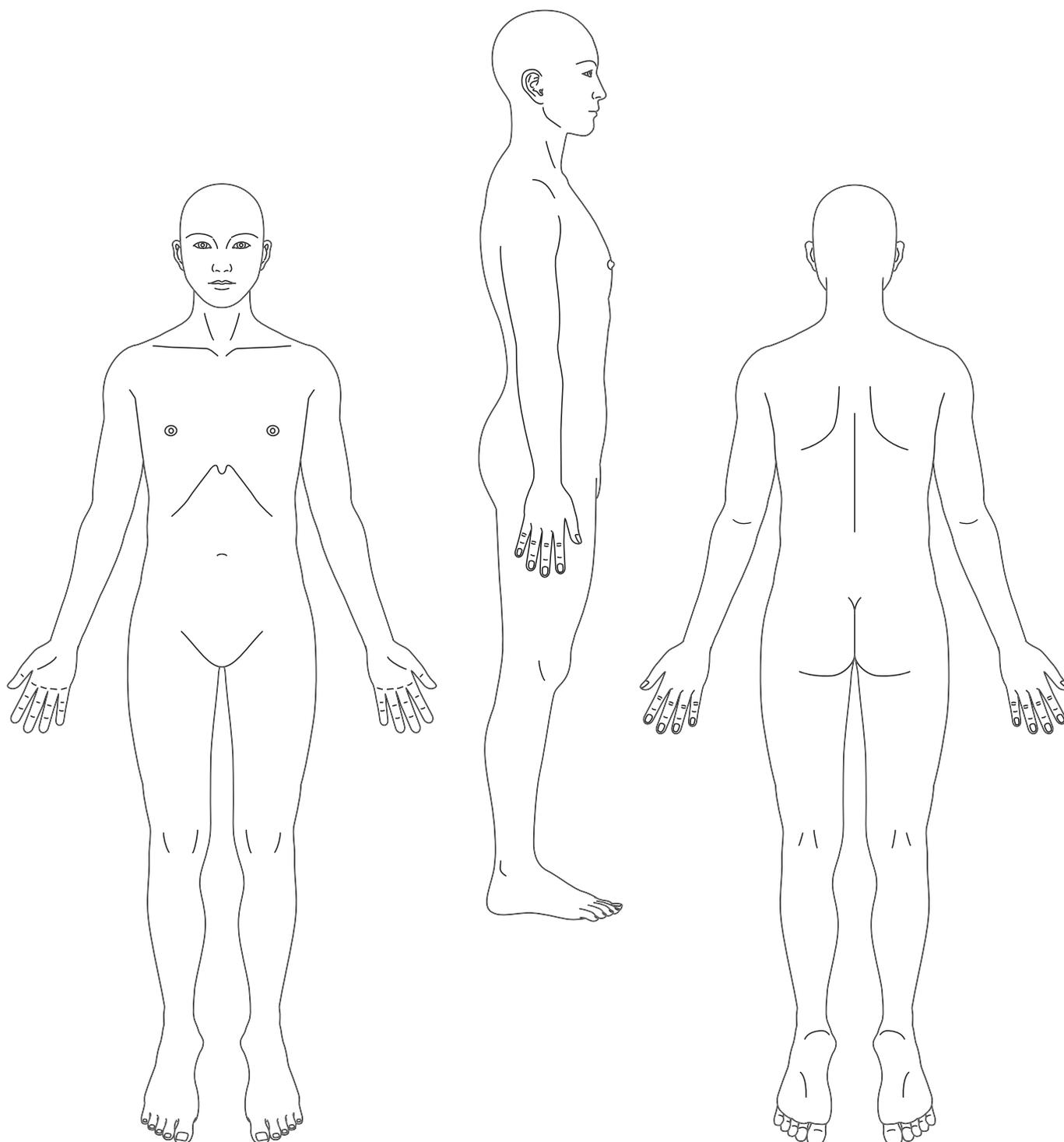
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20  
21 22 23 24 25 26 27 28 29 30  
31 32 33 34 35 36 37 38 39 40  
41 42 43 44 45 46 47 48 49 50  
51 52 53 54 55 56 57 58 59 60  
61 62 63 64 65 66 67 68 69 70  
71 72 73 74 75 76 77 78 79 80  
81 82 83 84 85 86 87 88 89 90  
91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

**OUI**

**NON**

# FAIRE COMPRENDRE SA DOULEUR

Montrez-nous où se trouve votre douleur :

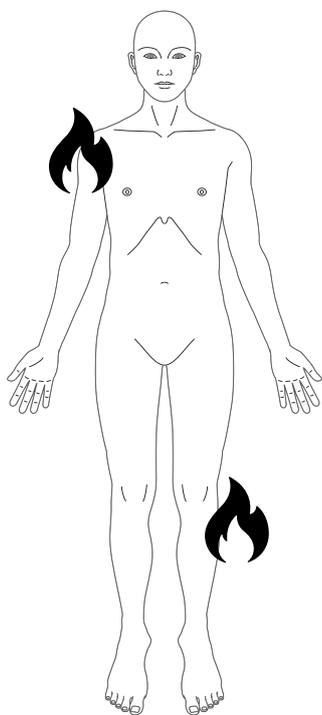


OUI

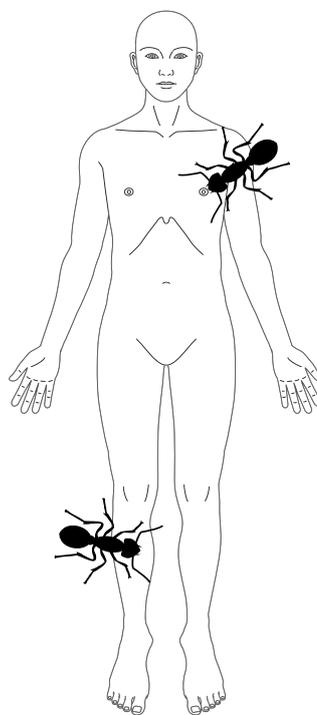
NON

# FAIRE COMPRENDRE SA DOULEUR

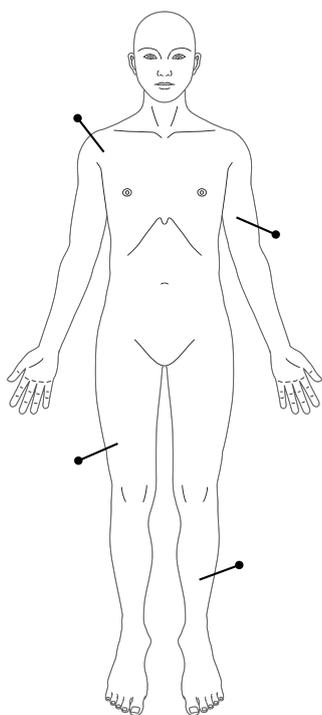
## SYMPTÔMES



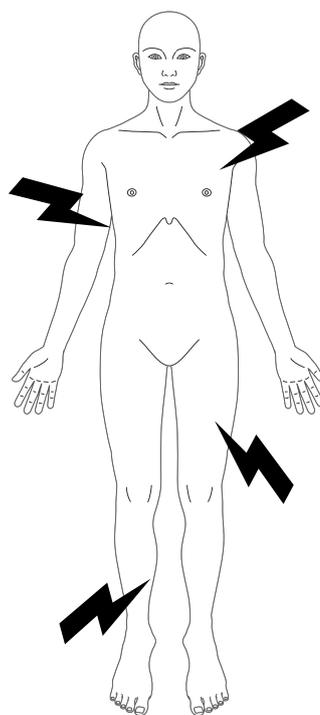
Brûlures



Fourmillements



Picotements



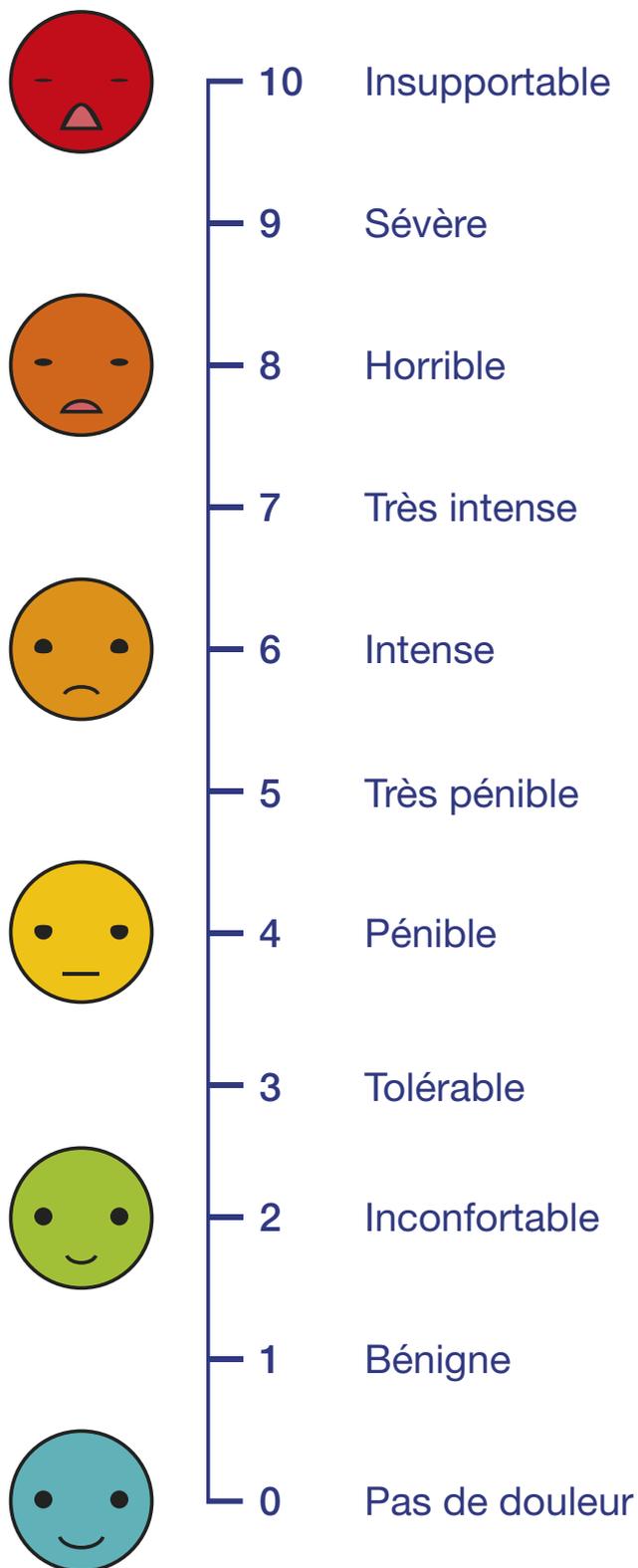
Décharges

OUI

NON

# SAVOIR MESURER SA DOULEUR

QUELLE EST L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR ?



OUI

NON

# DÉCRIRE SES SYMPTÔMES

JE ME SENS FIÉVREUX



J'AI LA NAUSÉE



JE VOMIS



J'AI DU MAL À RESPIRER



J'AI DES TROUBLES DE LA DÉGLUTITION



JE SUIS CONSTIPÉ



J'AI LA DIARRHÉE



OUI

NON

# FAIRE COMPRENDRE SES ÉMOTIONS

JE SUIS TRISTE



JE SUIS FATIGUÉ



JE ME SENS BIEN



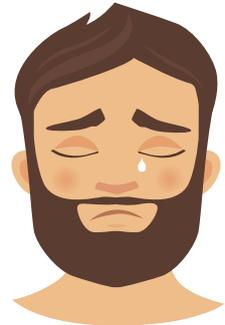
JE ME SENS PERDU



JE SUIS EN COLÈRE



JE ME SENS SEUL



JE ME SENS EN  
MAUVAISE SANTÉ



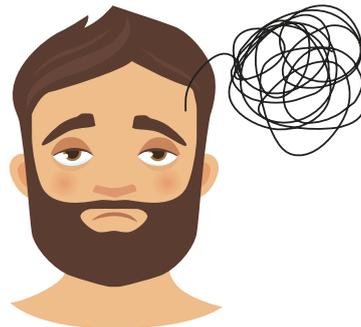
J'AI PEUR



JE SOUFFRE  
PHYSIQUEMENT



JE SOUFFRE  
MORALEMENT



OUI

NON

# FAIRE COMPRENDRE SES BESOINS

UN URINAL,  
UN BASSIN DE LIT



JE VEUX ALLER  
AUX TOILETTES



LE FAUTEUIL  
À ASSISE PERCÉE



ME LAVER  
AU LAVABO



PRENDRE  
UNE DOUCHE



PRENDRE  
UN BAIN



SE LAVER  
LES CHEVEUX



OUI

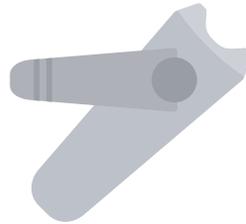
NON

# FAIRE COMPRENDRE SES BESOINS

UN MIROIR



SE COUPER  
/NETTOYER  
LES ONGLES



UN PEIGNE



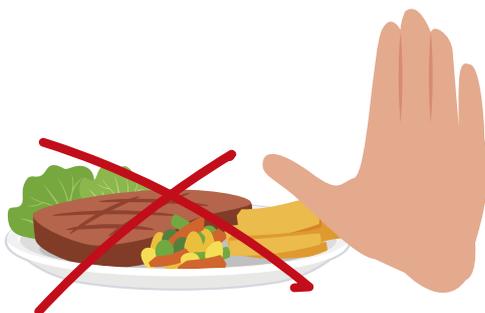
J'AI FAIM



J'AI SOIF



JE N'AI PAS FAIM



JE N'AI PAS SOIF

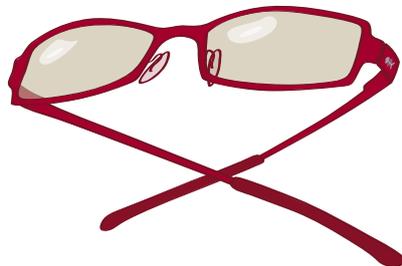


OUI

NON

# FAIRE COMPRENDRE SES BESOINS

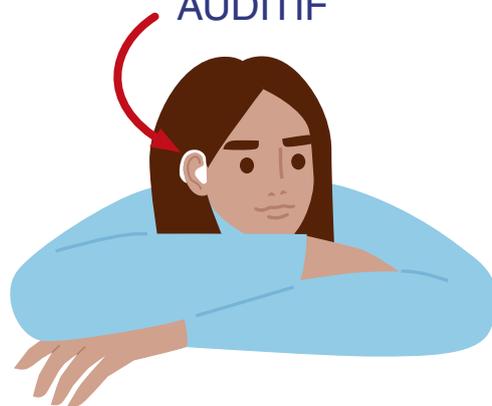
MES LUNETTES



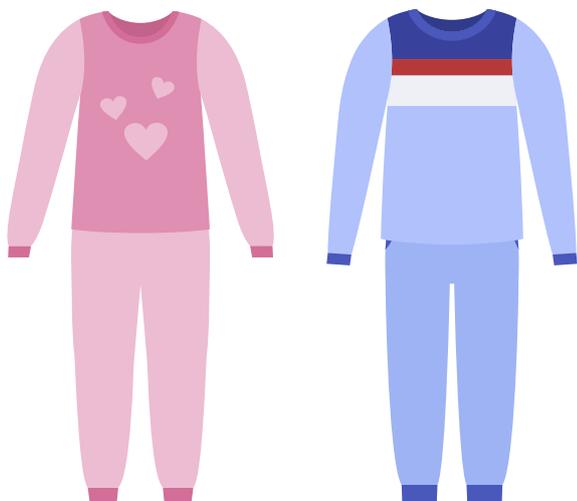
MON APPAREIL  
DENTAIRE



MON APPAREIL  
AUDITIF



UN PYJAMA



UN PEIGNOIR,  
UNE ROBE DE CHAMBRE



OUI

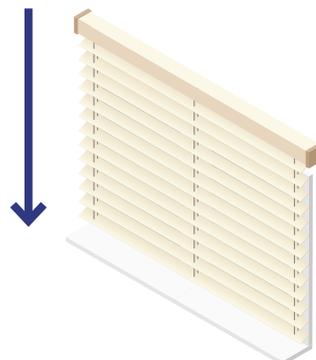
NON

# FAIRE COMPRENDRE SES ENVIES

OUVRIR  
LE STORE



FERMER  
LE STORE



OUVRIR  
LA PORTE



FERMER  
LA PORTE



OUVRIR  
LA FENÊTRE



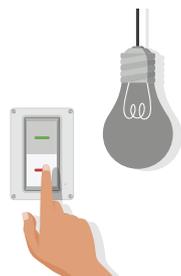
FERMER  
LA FENÊTRE



ALLUMER  
LA LUMIÈRE



ÉTEINDRE  
LA LUMIÈRE



J'AI FROID



J'AI CHAUD



OUI

NON

# FAIRE COMPRENDRE SES ENVIES

ALLUMER  
LA TÉLÉVISION



ÉTEINDRE  
LA TÉLÉVISION



BAISSER LE SON



AUGMENTER LE SON



ÉCOUTER LA RADIO

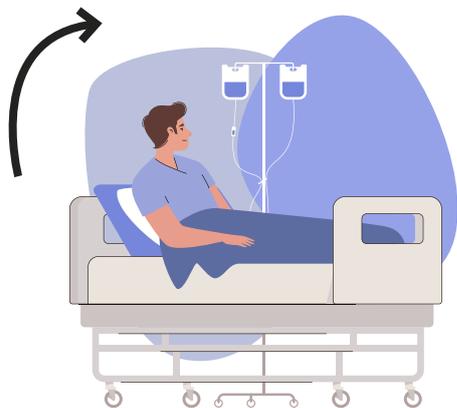


OUI

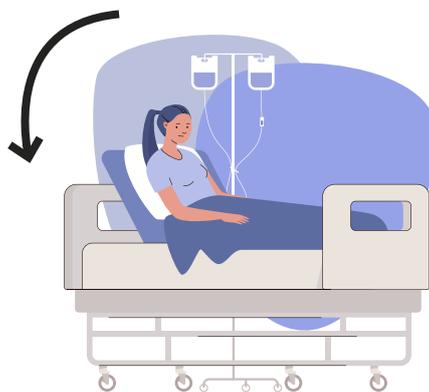
NON

# FAIRE COMPRENDRE SES ENVIES

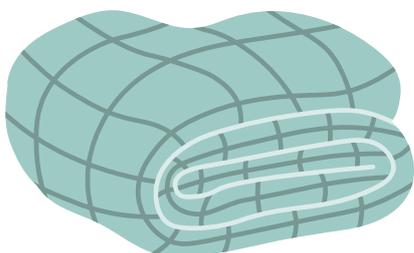
REDRESSER  
LA TÊTE DE LIT



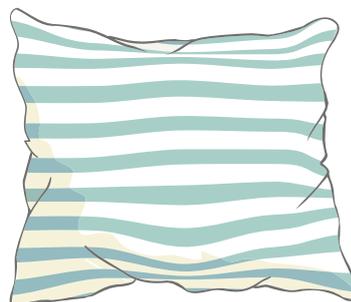
BAISSER  
LA TÊTE DE LIT



UNE COUVERTURE



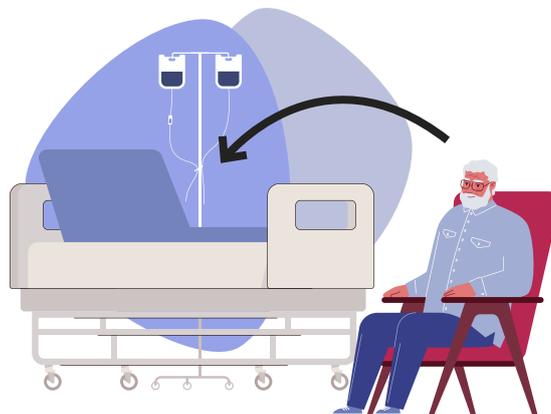
UN OREILLER



ALLER AU FAUTEUIL



ME COUCHER



OUI

NON

# JE VEUX VOIR UN OU UNE :



MÉDECIN



INFIRMIER(E)



KINÉSITHÉRAPEUTE



PSYCHOLOGUE



DIÉTÉTICIEN(NE)



SOCIO-ESTHÉTICIENNE



SOCIO-COIFFEUSE



ENSEIGNANT(E)  
EN ACTIVITÉS  
PHYSIQUES  
ADAPTÉES



AMBULANCIER(E)



ASSISTANT(E)  
SOCIALE



ORTHOPHONISTE



ERGOTHÉRAPEUTE



NEUROPSYCHOLOGUE



PSYCHOMOTRICIEN(NE)

OUI

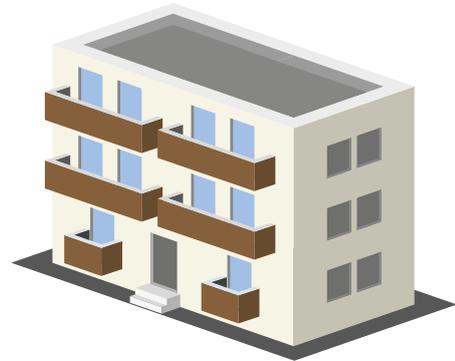
NON

# MES INFORMATIONS :

JE VIS DANS

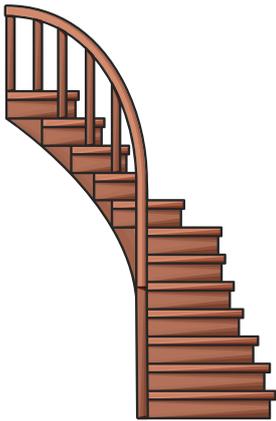


UNE MAISON



UN APPARTEMENT

IL Y A

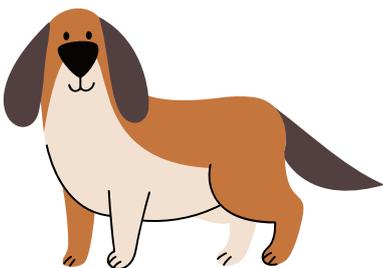


DES ESCALIERS

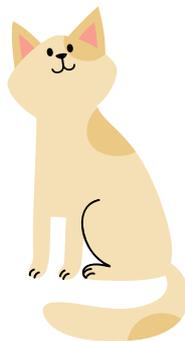


UN ASCENSEUR

J'AI UN ANIMAL DE COMPAGNIE



UN CHIEN



UN CHAT



UN OISEAU



UN POISSON

OUI

NON

# MES INFORMATIONS :

Nom : .....

Prénom : .....

N° de chambre : .....

J'ai des troubles  
de la déglutition : .....  .....  .....  
OUI NON

OUI

NON

