

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Handicap : Moteur Mental Cognitif Sensoriel

Epilepsie (1) Oui Non Précision :

Diabète Oui Non

Nécessite un contrôle Oui Non Si oui voir rubrique soins infirmiers

Cardiopathie Oui Non

Asthme Oui Non

Énurésie (2) Oui Non

Encoprésie (2) Oui Non

(1) Les participants épileptiques ne sont pas admis, seule l'épilepsie stabilisée est acceptée

(2) En cas de dégâts de la literie, nous nous réservons le droit de vous adresser les factures liées aux dégâts

SANTÉ

J'ai une médication Oui Non

Problème oculaire Oui Non

Non voyant Oui Non

Surdité Oui Non

Matériel orthopédique Oui Non

Appareillage particulier Oui Non

Soins de la peau Oui Non

Allergies Oui Non

Je la prends seul Oui Non

Je porte des lunettes Oui Non

Appareillage Oui Non

Précision :

Précision :

Précision :

Précision :

SOINS INFIRMIERS

J'ai besoin de soins infirmiers Oui Non Si oui, Carte vitale obligatoire

Détails du ou des soins :

Les personnes diabétiques nécessitant le passage d'une IDE doivent apporter leur matériel de contrôle et/ou d'injection.

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Tél : ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse : Code postale : _____ Ville :

TABAC / ALCOOL / AUTRES

Consomme du tabac Oui Non Gère seul Oui Non

Si ne gère pas seul, indiquez la quantité journalière à respecter :

Alcool autorisé Oui Non Infos complémentaires :

Autre comportement addictif à signaler :

MOTRICITÉ

Je me déplace seul Oui Non

Si oui, je suis plutôt Bon marcheur Fatigable Très fatigable

Mon rythme de marche Normale Lent Très lent

Si non j'ai besoin Que l'on me donne le bras D'une canne D'un déambulateur

D'un fauteuil roulant Manuel en permanence Manuel pour les sorties

Électrique en permanence

Je fais mes transferts seul Oui Non Si non, j'ai besoin de :

Nous ne fournissons pas de matériel, merci de prévoir le nécessaire

Adressez-nous les ordonnances + Carte vitale + Carte mutuelle pour toute location de matériel

Je peux monter, m'asseoir dans un minibus Seul Avec de l'aide Non, impossible
Je monte et je descends un escalier Seul Avec de l'aide Non, impossible

COMPORTEMENT

Crise d'agitation sans violence Oui Non
Difficultés d'intégration Oui Non
Agressivité physique possible Oui Non
Si oui, Envers lui-même Envers les autres Envers les objets
Sujet aux délires, hallucination Oui Non
Tendance à fuguer Oui Non
Cleptomanie Oui Non
Automutilation Oui Non
Etat dépressif Oui Non
Troubles du spectre autistique Oui Non Lesquels :
Autres symptômes :

COMMUNICATION

Parle Oui Non
Sait lire Oui Non
Sait se faire comprendre Oui Non
Communique par les gestes Oui Non
Communique par des cris Oui Non
La relation peut être difficile Oui Non
Si oui, Avec autrui Avec les vacanciers Avec les encadrants
Sait téléphoner Oui Non Possède un téléphone Oui Non
Personne que le vacancier peut joindre pendant son séjour :
Numéro de téléphone : __ - __ - __ - __ - __
Autres problèmes de communications :

ARGENT

Je gère seul mon argent de poche Oui Non
Mon argent de poche sera donné à mon départ par l'établissement

SOMMEIL

Je me lève la nuit Oui Non Parfois
Je fais la sieste Oui Non
J'ai un réveil difficile Oui Non
J'ai des angoisses, des insomnies Oui Non
J'ai besoin de médicaments pour dormir Oui Non
Je dors en couple Oui Non Avec qui

HYGIÈNE / HABILLEMENT

Je m'habille seul Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je fais ma toilette seul Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je me rase seul Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je me brosse les dents seul Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je vais aux toilettes seul Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je porte des protections Oui Avec aide partielle Avec aide totale
Je porte un appareil dentaire Oui Non
Je porte un appareil auditif Oui Non

HABITUDES ALIMENTAIRES

Je mange seul Oui Avec aide

