

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Veillez remplir ce formulaire de façon dématérialisé

## PARTICIPANT

NOM : \_\_\_\_\_

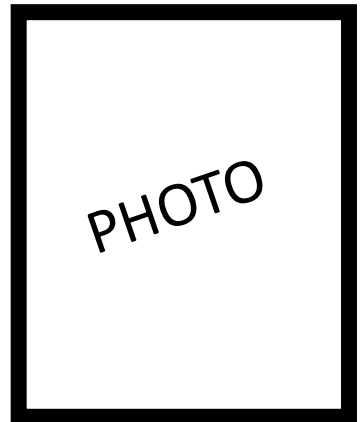
PRENOM(S) : \_\_\_\_\_

HANDICAP :

Moteur  Sensoriel  Mental  Psychique  Polyhandicap

AUTONOMIE (se référer à notre grille d'autonomie) : \_\_\_\_\_

**Pathologies/Troubles associés :**



**Le vacancier vit :**

En appartement

Au domicile de sa famille

En institution ; si oui, merci de préciser le type d'établissement (FAM, MAS, foyer d'hébergements, etc.) : \_\_\_\_\_

Seul  En couple ; si il vit en couple et qu'il souhaite partir avec son(sa) partenaire merci de préciser son NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_

## PERSONNALITE/TRAITS DE CARACTERE

## CAPACITES MOTRICES

	OUI	NON
MARCHEUR		
SE FATIGUE VITE		
ARRIVE A MONTER/DESCENDRE LES ESCALIERS		
SE SERT D'UN DEAMBULATEUR		
SE SERT D'UNE CANNE		

## Appareillage :

- se déplace en fauteuil :  en permanence  occasionnellement  jamais

Si oui, merci de préciser le type de fauteuil :

- manuel  roues à propulsion  électrique : manipulation seule ? Oui Non
- transport durant le trajet :  Siège du véhicule  Fauteuil roulant
- autres appareillages (chaussures orthopédiques, attelles, etc.) merci de préciser :

- transferts :  se maintient debout

Si non, besoin :  lève personne  verticalisateur  disque de transfert

autres : \_\_\_\_\_

- siège/chaise douche :  oui  non

Si oui:  siège douche  chaise standard  chaise spécifique ( à prévoir sur le séjour)

- lit médicalisé durant le séjour :  oui  non

Si oui, besoin de barrières :  oui  non

- potence :  oui  non

- matelas spécifique :  oui  non

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Informations importantes concernant la motricité, l'appareillage :

## COMMUNICATION/COMPREHENSION

Capacité cognitif générale :  bon  moyen  faible

Comprend ce qu'on lui dit :  parfaitement  moyennement  avec difficulté

Difficultés de communication :  oui  non

Déficiência auditive :  oui  non    Déficiencia visual :  oui  non

Langage :  parole  langue des signes  écriture

pictogramme/photo/dessin  synthèse vocale

Autres : \_\_\_\_\_

Sait lire :  oui  non

Sait écrire :  oui  non

Outils de communication dont se sert la personne :

internet  téléphone  tablette  table alphabétique

Remarques :

## COMPORTEMENT

**Sociabilité générale :**  moyenne  bonne  très bonne

	OUI	NON	Autres précisions
A tendance à s'isoler			
Agressivité			<input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> envers soi-même <input type="checkbox"/> envers les autres
Mise en danger de soi (refus de soins, de s'alimenter...)			
Tendance addictive (alcool, drogues...)			
Tendance kleptomane			
Tendance à fuguer			
Troubles obsessionnels, compulsifs, sexuels...			
Délires, hallucinations			
Angoisse, peur			

Informations complémentaires, préconisations afin d'éviter toute difficulté relationnelle et comportementale :

## VIE QUOTIDIENNE

### Toilette et hygiène personnelle :

ENTRETIEN PERSONNEL	SEUL	AVEC AIDE PONCTUELLE	AVEC AIDE CONSTANTE
Fait sa toilette			
Habillage			
Changement des vêtements			
Se chausse			
Se brosse les dents			
Se coiffe			
Se rase			
Nettoie appareillages (lunettes, appareils dentaires et auditifs...)			
Va aux toilettes			
	OUI	NON	Précisions
Enurétique			<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit
Encoprésie			<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> nuit
Porte des protections			Si oui merci de fournir les protections ainsi que les alèses.

Précisions d'accompagnement ( ex: besoin d'aide pour l'hygiène après le passage aux WC, détail l'autonomie accompagnement à la douche, ... ) :

**Sommeil :**

- Se couche tôt :  oui  non
- Se couche tard :  oui  non
- Fait la sieste :  oui  non
- Se lève tôt :  oui  non
- Se lève tard :  oui  non
- Se lève la nuit :  oui  non
- Ronfle :  oui  non

**Alimentation :**

	SEUL	AVEC AIDE PONCTUELLE	AVEC AIDE CONSTANTE
Mange			
Boit			
<b>Envoyer protocole alimentaire si régime ou texture particulière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Précisions</b>
Couverts adaptés			
Risque de fausses routes			<input type="checkbox"/> aliments solides <input type="checkbox"/> aliments liquides
Texture particulière des aliments <b>Si hachée à nous préciser si intégralité des aliments ou non.</b>			<input type="checkbox"/> mixée <input type="checkbox"/> hachée <input type="checkbox"/> petits morceaux <input type="checkbox"/> boisson gélifié
Régime alimentaire			
Allergies alimentaires			
Troubles alimentaires			

	OUI	NON
Autorisation de boire du café		
Autorisation de boire de l'alcool durant le séjour		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bière, cidre, vin...</li> <li>▪ Alcool fort, apéritifs, digestifs...</li> </ul>	<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>

Informations complémentaires sur les goûts et les habitudes alimentaires (petit déjeuner, café après le repas, ce qu'il aime manger, ce qu'il déteste), sur l'accompagnement durant ce moment clé :



**Repères spatio-temporel/déplacements :**

	OUI	NON
Peut sortir seul		
Peut rester seul sur le lieu du séjour		
Se repère dans l'espace		
Se repère dans le temps		
Capacité à demander son chemin		
Conscience du danger de circulation		

**Autorisation à l'utilisation des moyens de transport:**

	OUI	NON
Voiture/Bus		
Transports en commun (métro, tram...)		
Train		
Bateau		
Avion		

Mal des transports		
--------------------	--	--

Si oui, préconisations :

Autres remarques :

- Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_
- Groupe sanguin : \_\_\_\_\_
- Vaccinations à jour :
  - Hépatite A :  oui  non Date du dernier rappel :
  - Hépatite B :  oui  non Date du dernier rappel :
  - Tétanos :  oui  non Date du dernier rappel :
  - Grippe :  oui  non Date du dernier rappel :
- Suite un traitement médical :  oui  non  
**Si oui** ;  matin  midi  après midi  soir  coucher (*joindre l'ordonnance*)
- Autorisation à prendre des médicaments de confort :  Oui  Non  
**Si oui, merci de joindre l'autorisation médicale le précisant.**
  - Paracétamol :  oui  non
  - Spasfon :  oui  non
  - Smecta :  oui  non
  - Constipation (ex : forlax) :  oui  non
- Gestion et suivi du traitement médical :  autonome  avec aide
- **Nécessité de soins infirmiers ou médicaux sur le lieu du séjour :  oui  non**  
**Si oui, merci de préciser lesquels et prévoir un mois avant les ordonnances de soins :**

- Cardiaque :  oui  non
- Asthmatique :  oui  non
- Diabétique :  oui  non

**Si oui** protocole à suivre :

- 
- Allergies :  oui  non  
**Si oui, merci de préciser lesquelles :**

- Épileptique :  oui  non  
**Si oui, crise stabilisée :  oui  non**  
 Fréquence/Durée des crises : \_\_\_\_\_
- 

- Déficience visuelle :  oui  non  
**Si oui, port de lunettes ou de lentilles :  oui  non**
- Déficience auditive :  oui  non  
**Si oui, port d'appareil auditif :  oui  non**
- Appareil dentaire :  oui  non



Autres éléments importants à connaître sur la santé du vacanciers (prothèse de hanche, broches, etc.) préconisations :

CE QUE LE VACANCIER AIME/N'AIME PAS

PROJET DU VACANCIER DURANT SON SEJOUR

Envoi de cartes postales, visites de monuments, achat CD, baignades...

Ce document est à mettre à jour chaque année et à chaque modifications importantes d'informations.

En complétant ce document vous vous engagés à l'exactitude des informations fournies.