



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020/21**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom du tuteur/responsable légal : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence :

1. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Afin d'adapter au mieux notre accompagnement à vos besoins, merci de répondre à ce questionnaire !

**Administratif :**

<b>Détails importants vous concernant</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Vous êtes protégé par une curatelle</i>		
<i>Vous êtes protégé par une tutelle</i>		
<i>Vous possédez une carte d'invalidité (joindre une photocopie)</i>		
<i>Vous possédez une carte européenne de santé pour les séjours dans les pays de l'Union Européenne</i>		
<i>Votre carte d'invalidité possède la mention « besoin d'accompagnement » (joindre une photocopie)</i>		
<i>Vous possédez une carte d'identité valide pour les séjours en France et dans l'Union Européenne</i>		
<i>Vous possédez un passeport en cours de validité supérieure à 6 mois à la date du retour</i>		
<i>Si oui, précisez le n° du passeport ainsi que ses dates d'obtention et d'échéance (joindre une photocopie) :</i>		

**Matériel médical nécessaire « obligatoirement » sur le temps du séjour:**

<b>Désignation</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Lit médicalisé Obligatoire ? - Joindre une ordonnance</i>		
<i>Barrières pour lit médicalisé <input type="checkbox"/> Coté droite <input type="checkbox"/> Coté gauche</i>		
<i>Potence pour lit médicalisé</i>		
<i>Matelas anti-escarre à air obligatoire ? - Joindre une ordonnance</i>		
<i>Chaise douche</i>		
<i>Urinal ou bassin</i>		
<i>Lève-personne - si oui quelle marque - Joindre une ordonnance</i>		
<i>Guidon de transfère - si oui quelle marque</i>		
<i>Verticalisateur - si oui quelle marque</i>		

Pour les déplacements:

<i>Votre mobilité</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Vous marchez</i>		
<i>Vous marchez avec une canne ou un déambulateur</i>		
<i>Vous utilisez un fauteuil roulant en intérieur</i>		
<i>Vous utilisez un fauteuil roulant en sorties extérieures</i>		
<i>Vous faites un transfert pour vous asseoir en voiture</i>		
<i>Vous restez dans votre fauteuil roulant en voiture</i>		
<i>Vous vous asseyez sur une chaise à table</i>		
<i>Vous pouvez monter des escaliers</i>		
<i>Vous pouvez monter quelques marches avec une aide</i>		

Si vous utilisez un fauteuil roulant :

<i>Description de votre fauteuil</i>		<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Vous utilisez un fauteuil manuel</i>			
<i>Vous utilisez un fauteuil équipé du système harnasse</i>			
<i>Vous utilisez un fauteuil électrique</i>			
<i>Votre fauteuil possède une coque</i>			
<i>Votre fauteuil possède un appui-tête</i>			
<i>Votre fauteuil peut se plier</i>			
<i>Dimensions maximales de votre fauteuil (<u>obligatoires</u>)</i>	<i>hauteur</i>		
	<i>largeur</i>		
	<i>longueur</i>		
	<i>poids</i>		

Quel est votre degré de fatigabilité en sortie ?

---



---



---

Pour les repas:

<i>Vos habitudes et vos besoins</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Vous mangez seul</i>		
<i>Vous mangez avec des couverts adaptés</i>		
<i>Vous avez besoin d'une aide pour couper vos aliments</i>		
<i>Vous avez besoin d'une aide pour porter les aliments à votre bouche</i>		
<i>Vous mangez mixé</i>		
<i>Vous mangez coupé très petit sous surveillance</i>		
<i>Vous mangez par une sonde stomacale</i>		
<i>Vous risquez de faire des fausses routes</i>		
<i>Vous buvez des liquides</i>		
<i>Vous buvez des liquides épaissis ou gélifiés</i>		

<b>Vos habitudes et vos besoins</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Vous buvez avec une paille</i>		
<i>Vous buvez des boissons gazeuse</i>		
<i>Vous buvez dans un canard</i>		
<i>Vous pouvez boire du café</i>		
<i>Vous ne buvez que du café décaféiné</i>		
<i>Avez-vous des contradictions médicales pour la consommation de l'alcool ?</i>		
<i>Vous pouvez boire de l'alcool à titre exceptionnel au cours d'un repas</i>		
<i>Vous avez des allergies alimentaires</i>		
<i>Si oui, lesquelles :</i>		
<i>Vous suivez un régime alimentaire particulier</i>		
<i>Si oui, lequel :</i>		

Autres informations utiles (aliments à éviter, comportement avec la nourriture etc.):

---



---



---

Pour votre hygiène quotidienne :

<b>Votre toilette quotidienne</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Vous pouvez partager la chambre avec un autre vacancier</i>		
<i>Pour la toilette ?</i> <input type="checkbox"/> Je suis autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<i>Pour l'habillage ?</i> <input type="checkbox"/> Je suis autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<i>Pour le déshabillage ?</i> <input type="checkbox"/> Je suis autonome <input type="checkbox"/> Aide partielle <input type="checkbox"/> Aide totale		
<i>Vous allez sous la douche (avec une chaise douche si besoin)</i>		
<i>Vous faites effectuer votre toilette au lit par une aide</i>		
<i>Éliminations des urines et des selles</i>		
<i>Vous allez seul auxWC</i>		
<i>Vous avez besoin d'une aide pour aller auxWC</i>		
<i>Vous n'allez pas du tout auxWC</i>		
<i>Vous portez des protections urinaires ?</i> <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit		
<i>Vous utilisez un penilex / peniflow ?</i> <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit		
<i>Vous utilisez un urinal le jour</i>		
<i>Vous utilisez un urinal la nuit</i> <input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit		
<i>Vous avez besoin d'être sondé</i>		
<i>Vous avez besoin de lavements ou E.M.S.</i>		
<b>Autonomie dans la gestion de vos affaires personnelles</b>		
<i>Vous êtes complètement autonome</i>		
<i>Vous avez besoin d'aide pour trier et ranger vos vêtements</i>		
<i>Vous avez besoin d'aide pour gérer votre argent de poche</i>		

Informations complémentaires pour votre bien-être au quotidien :

---



---



---

Renseignements médicaux

<i>Détails importants vous concernant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Vous avez des troubles moteurs ? si oui lesquelles ?</i>		
<i>Vous avez des troubles neurologiques ?</i> <i>Mémoire :</i> <i>Langage :</i> <i>Autre :</i>		
<i>Vous avez des troubles comportementaux ?</i> <i>Humeur :</i> <i>Caractère :</i> <i>Orientation :</i> <i>Sens de l'initiative :</i> <i>Agressivité :</i> <i>Autres :</i>		
<i>Vous avez des troubles psychiques ?</i> <i>Angoisse :</i> <i>Difficulté de concentration :</i> <i>Trouble de sommeil :</i> <i>Fatigabilité :</i> <i>Autre :</i>		
<i>Vous portez un appareil auditif</i>		
<i>Vous portez des lunettes</i>		
<i>Vous portez un appareil dentaire</i>		
<i>Vous êtes malentendant</i>		
<i>Vous êtes malvoyant</i>		
<i>Vous parlez sans difficulté</i>		
<i>Vous avez des difficultés d'élocution</i>		
<i>Vous ne parlez pas du tout</i>		
<i>Vous communiquez par l'écriture</i>		
<i>Vous communiquez avec l'aide d'un abécédaire</i>		
<i>Autre mode de communication :</i>		
<i>Vous fumez</i>		
<i>Vous gérez vos cigarettes seul</i>		

<i>Si non, combien et comment doit-on vous les distribuer :</i>		
<i>Vous avez besoin d'une aide pour fumer</i>		
<i>Vous avez des allergies</i>		
<i>Si oui, lesquelles :</i>		
<i>Vous suivez un traitement médical</i>		
<i>Vous gérez la prise de vos médicaments de façon autonome</i>		
<i>On vous distribue vos médicaments</i>		
<i>Vous aurez besoin de soins infirmiers durant le séjour ?</i> - <i>joindre une ordonnance</i>		
<i>Si oui, lesquels et à quelle fréquence :</i>		

Votre médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Votre n° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

**Informations importantes :**

Il vous est demandé de venir en séjour avec des piluliers nominatifs ainsi que les ordonnances correspondantes (avec le nom des molécules actives pour les séjours à l'étranger). Il faut prévoir la quantité de médicaments nécessaire à la durée du séjour + 1 jour supplémentaire.

Pour la location de matériel médical et les soins infirmiers, il faut obligatoirement venir avec l'ordonnance de votre médecin et votre carte vitale (et carte de complémentaire si besoin).

**Traitement médical (à compléter obligatoirement) :**

<i>Nom du médicament</i>	<i>matin</i>	<i>Midi</i>	<i>Soir</i>	<i>coucher</i>

Renseignements généraux :

<i>Détails vous concernant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
<i>Vous pouvez lire</i>		
<i>Vous pouvez écrire</i>		
<i>Vous pouvez vous baigner en piscine accompagné</i>		
<i>Vous pouvez vous baigner en mer accompagné</i>		
<i>Vous savez nager</i>		
<i>*Vous pouvez monter sur un cheval</i>		
<i>*Vous pouvez prendre l'avion</i>		
<i>*Vous pouvez aller dans un sauna accompagné</i>		
<i>*Vous pouvez aller dans un hammam accompagné</i>		
<i>*Vous pouvez faire de la plongée aquatique avec un encadrement professionnel</i>		
<i>*Vous pouvez recevoir un modelage (massage) relaxant et non thérapeutique par un professionnel</i>		
<i>*Merci de nous joindre les certificats médicaux pour chaque activité</i>		

Vos centres d'intérêts

---

---

---

---

---

---

---

---

Autres remarques importantes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom :

Prénom :

Profession :

Signature :