



## FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2019

NOM : ..... Prénom : .....

AUTONOMIE	SANTÉ
Voir tableau du catalogue <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> faible	<b>Vaccinations à jour</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>VIE SOCIALE</b>	Est sujet à une <b>allergie</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle ? .....
S'inscrit en <b>couple</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A des <b>contre-indications</b> médicales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquelles ? .....
En compagnie de : .....	Suit un <b>traitement médical</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
(Une inscription en couple signifie qu'ils partageront le lit et la chambre)	Matin <input type="checkbox"/> ..... Midi <input type="checkbox"/> ..... A-Midi <input type="checkbox"/> ..... Soir <input type="checkbox"/> ..... Couché <input type="checkbox"/> ..... Si heures fixes préciser. Nous fournissons piluliers et « fiche de traitement ». <b>(pas de distribution du traitement pendant les trajets de l'aller et du retour, soit le 1<sup>er</sup> jour le matin et le dernier jour l'après-midi et le soir)</b>
<b>Travaille</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>Traitement d'appoint neurologique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>joindre une prescription et un protocole précis</b> : dans quelles situations, quel mode d'administration, quelle quantité, quel intervalle entre les prises...
<b>VIE QUOTIDIENNE</b>	Peut prendre les <b>médicaments de confort</b> suivants :
Sait <b>lire</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Paracétamol <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait <b>écrire</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Smecta <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est autorisé à boire du <b>café</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Biafine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est autorisé à boire de l' <b>alcool</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Utilise un <b>contraceptif</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Fume</b> habituellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est <b>énurétique*</b> <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non
Gère seul sa consommation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est <b>encoprétique*</b> <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non
Nombre de cigarettes par jour ? .....	Porte des <b>protections</b> <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non <small>*si oui, prévoir protections et alèzes, accueil d'encoprétique occasionnel</small>
Gère seul son <b>argent de poche</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A une <b>injection</b> pendant le séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas d'injection les jours de départ et de retour) Date : .....joindre la prescription
Peut <b>sortir seul</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nécessite des <b>soins infirmiers</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pansement, patch, bandage, prothèse, surveillance ...) Lesquels ? ..... Joindre la prescription
Peut <b>rester seul</b> sur le lieu du séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est <b>diabétique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avec contrôle quotidien de <b>glycémie</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moment(s) .....joindre la prescription pour l'I.D.E. Avec <b>injection d'insuline</b> quotidienne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moment (s) .....joindre la prescription pour l'I.D.E. (les contrôles et les injections doivent se faire par l'I.D.E., 2 fois/jour maximum)
<b>MOTRICITE</b>	Est <b>épileptique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé <b>Dernière crise supérieure à 6 mois</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)
Est <b>bon marcheur</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est <b>asthmatique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé <b>Dernière crise supérieure à 6 mois</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non joindre la notice de l'inhalateur (pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)
Se <b>fatigue vite</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Est <b>appareillé la nuit</b> (apnées) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul S'il ne gère pas seul, joindre la notice de l'appareil
<b>Chaussures orthopédique</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A une <b>cardiopathie</b> ..... <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser .....
Utilise parfois une <b>canne</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	A un <b>dentier</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul S'il ne gère pas seul, joindre des explications
Utilise parfois un <b>déambulateur*</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Difficultés d' <b>élocution</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser .....
Utilise parfois un <b>fauteuil roulant*</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Difficultés de l' <b>ouïe</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser* .....
<small>* joindre une prescription pour en louer un surplace</small>	Difficultés de la <b>vue</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser* .....
Monte et descend seul un escalier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<small>*indiquer les déficiences, les appareillages ou les prothèses</small>
Peut dormir sur un <b>lit superposé</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>HYGIENE</b>
Peut se <b>baigner</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	S' <b>habille</b> seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non
Sait <b>nager</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	S' <b>occupe</b> seul de ses <b>affaires</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non
Peut se <b>mettre en danger</b> en sortie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Fait sa <b>toilette</b> seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non
Préciser .....	Se <b>rase</b> seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non
<b>VIE DE GROUPE</b>	Sait aller au <b>WC</b> seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non
Est <b>agressif envers lui-même*</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Est <b>agressif envers les autres*</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<small>*si oui, manifestation et fréquence :</small>	
.....	
.....	
<b>Peut fuguer</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (accueil de personne qui ne nécessite pas de surveillance permanente)	
<b>Peut perturber la vie de groupe</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <small>si oui, manifestation et fréquence :</small>	
.....	
.....	
A une « <b>déviante sexuelle</b> » <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <small>Si oui, préciser .....</small>	
<b>Refuse les sorties</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (visites tous les jours en suivant le programme présenté dans le catalogue)	
<b>Encadrement la nuit</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <small>(pas d'encadrement la nuit, l'équipe dort sur place et n'intervient que si elle entend du bruit, la vigilance est renforcée en séjour de faible autonomie)</small>	
<b>ALIMENTATION</b>	
<b>Prend ses repas seul</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Alimentation <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> réduit	
Suit un <b>régime alimentaire</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Lequel ? .....le joindre	
Trouble alimentaire, préciser .....	

