

FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER HIVER 2016/2017

SEJOUR CHOISI

Lieu : Titre : Dates : au

A déjà participé à un séjour J.A.D.O.R. oui non

NOM Prénom :

Adresse :

Tel : Date de naissance : ___ / ___ / 19___ Sexe : F M

N° de sécurité sociale :

PHOTO



REFERENT EDUCATIF

NOM Prénom :

Adresse :

Tel : Tel astreinte :

Mail :

TUTEUR

NOM Prénom :

Adresse :

Tel : Tel astreinte :

Mail :

PERSONNALITÉ (traits de caractères) :

VIE QUOTIDIENNE (capacités et autonomie) :

RELATIONS AVEC SON ENTOURAGE (encadrants et autres) :

DIFFICULTÉS COMPORTEMENTALES (préciser les réponses apportées habituellement par les encadrants) :

SANTÉ (éléments à connaître, à surveiller) :

DIVERS :

PROJET DU VACANCIER (exemple : envoyer une carte postale, acheter un CD...) :



FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER HIVER 2016/2017

NOM : Prénom :

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

