

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PARTICIPANT

NOM : _____

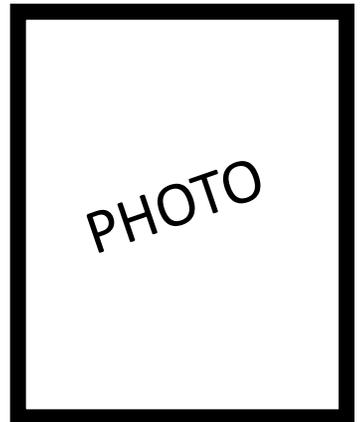
PRENOM(S) : _____

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/TRAITES 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
- autres appareillages (chaussures orthopédiques, attelles, etc.) merci de préciser :

- transferts : se maintient debout
 Si non, besoin : lève personne verticalisateur disque de transfert
 autres : _____
- Siège douche : oui non
 Si oui: siège douche chaise douche standard chaise douche spécifique
- lit médicalisé : 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

 Déficience auditive : oui non Déficience visuel : 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"/> défense de ses idées <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...			
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 :

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			
	OUI	NON	Précisions
Couverts adaptés			
Risque de fausses routes			<input type="checkbox"/> aliments solides <input type="checkbox"/> aliments liquides
Texture particulière des aliments			<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		
▪ Bière, cidre, vin...	_____	_____
▪ Alcool fort, apéritifs, digestifs...	_____	_____

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 :

Loisirs :

- Est-il fumeur : oui non

Si oui, gère-t-il seul ses cigarettes ? oui non

Si non, merci de préciser les quantités, la répartition dans la journée :

- Gère seul son argent de poche : oui non avec aide

Si non, besoin de garder les justificatifs (tickets de caisse) : oui non

- A t-il des rituels, objets fétiches, stéréotypés : oui non

Si oui, merci de préciser lesquels :

- Pratique régulière d'une activité sportive : oui non

Si oui, merci de préciser : _____

- Sait skier : oui non

- Sait monter à cheval : oui non

- Sait faire du vélo : oui non

- Sait nager : oui non

- Autorisation baignade : oui non

- Pratique régulière d'une activité de loisir : oui non

Si oui, merci de préciser : _____

- Comportements durant les activités, les sorties :

- Contre indications d'activités sportives et de loisirs :

- Participe aux tâches de la vie quotidienne : oui non

Si oui, merci de préciser lesquelles :

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		
Conscience du danger de circulation		
Mal des transports		
<u>Si oui, préconisations :</u>		

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 :

- 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...