

Fiche de renseignements

Séjour _____

Date _____



Informations personnelles

Madame Monsieur

Nom _____ Prénom _____

Date de Naissance ____/____/____

Numéro et rue _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Email _____

Carte d'identité Passeport

Numéro _____ Date de fin de validité _____

Je suis sous mesure de protection Non Tutelle Curatelle

Nom et prénom du tuteur / curateur _____

Organisme ou lien de parenté _____

Adresse _____

Téléphone _____ Mail _____

Mon tuteur / curateur accepte le financement du séjour Oui Non

J'ai une carte d'invalidité Oui Non (photocopie à fournir)

J'ai une carte de stationnement Oui Non (photocopie à fournir)

Numéro de sécurité sociale _____

Je m'occupe de mon inscription Seul (e) Avec de l'aide

Nom et prénom de la personne m'aidant pour l'inscription _____

Fonction _____ Téléphone _____

Contact pendant le séjour – Contact en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____ Téléphone _____

Médical

Je pèse _____ kg

Je mesure _____ cm

J'ai un handicap Psychique Moteur Mental
 Polyhandicap Visuel Auditif

Mes antécédents médicaux à prendre en compte pour le séjour

J'ai un traitement médical Oui Non

Si oui, je le gère Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Si oui, je le prends Entier Ecrasé

Une partie de mes traitements se conserve au réfrigérateur Oui Non

Je suis épileptique Oui non stabilisé(e) Oui stabilisé(e) depuis (année) _____ Non

J'ai des allergies Oui lesquelles ? _____ Non

J'ai une sensibilité accrue au soleil Oui Non

Je nécessite des soins infirmiers

Oui, lesquels ? _____ (ordonnance à joindre) Non

J'ai des escarres Oui, où et quand ? _____ Non

J'ai besoin de louer du matériel médical sur le lieu du séjour Oui Non

Si oui le(s)quel(s) Lève personne Verticalisateur Chaise de douche

Lit médicalisé Avec barrières Avec potence Chaise percée

Matelas à air anti escarre Fauteuil roulant Déambulateur

Autre, préciser _____

En intérieur

Je me déplace Seul(e) En tenant le bras
 Avec une aide technique (cane / déambulateur) En fauteuil roulant

Si j'utilise un fauteuil roulant il est Manuel Electrique

Je manœuvre mon fauteuil seul(e) Oui Non

Je peux rester seul(e) sur le lieu du séjour Oui Non

En Sortie

- Je me déplace Seul(e) Avec une aide technique (cane / déambulateur) En tenant le bras En fauteuil roulant
- Si j'utilise un fauteuil roulant il est* Manuel Electrique
- Mon fauteuil roulant est pliable* Oui Non
- Je manœuvre mon fauteuil seul(e)* Oui Non
- Je peux sortir seul(e) du lieu de séjour Oui Oui après aide à la préparation Non
- Je gère mon argent personnel Seul(e) Avec aide Non
- Je sais faire un achat simple Seul(e) Avec aide Non
- Je sais demander mon chemin Oui Non
- Je sais lire les panneaux Oui Non
- J'ai tendance à me perdre Oui Non
- Je peux monter / descendre un escalier Seul(e) Avec aide Non
- Je peux monter / descendre quelques marches Seul(e) Avec aide Non
- Je peux m'asseoir sur une chaise Seul(e) Avec aide Non
- Je suis fatigable Oui Non
- Je peux me baigner Seul(e) Accompagné(e) Non
- Je peux m'installer sur le siège d'un véhicule Seul(e) Avec aide Non
- Je reste dans mon fauteuil roulant dans le véhicule Oui Non
- J'ai un appui plantaire possible pour les transferts Oui Non

Communication

- Je communique avec le langage verbal Oui Avec stimulation Non
- Je communique avec les gestes Oui Avec stimulation Non
- Je comprends les phrases simples Oui Non
- Je sais téléphoner Oui Non
- Je sais lire Oui Non
- Je sais écrire Oui Non
- J'utilise un outil de communication adapté Oui, lequel ? _____ Non
- Je rentre en communication avec les autres Facilement Après stimulation Non
- J'ai des problèmes d'audition Oui Non

Si oui, je porte des prothèses auditives Oui Non

J'ai des problèmes de vision Oui Non

Si oui, je porte des lunettes Oui Non

Hygiène

Je peux aller aux toilettes Seul(e) Avec de l'aide Non

Je suis incontinent urinaire Oui Non

Mon mode de miction Normal (sur les WC) Protections
 Sondage urinaire Bassin ou Pistolet

Si j'utilise des protections

Je les mets Le jour La nuit

Je les gère Seule(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Si j'utilise le sondage urinaire Je fais des auto-sondages J'ai une sonde urinaire à demeure
 J'ai une stomie urinaire

Je gère mon matériel Seule(e) Avec aide partielle Non

Préciser la fréquence de sondage ou de remplacement du matériel _____

Je suis incontinent fécal Oui Non

Mon mode de défécation Normal (sur les WC) Protections
 Bassin Stomie digestive

Si j'utilise une stomie digestive

Je gère mon matériel Seule(e) Avec aide partielle Non

Préciser la fréquence de remplacement du matériel _____

Des incidents peuvent survenir Jamais ou exceptionnellement Assez fréquemment
 Tous les jours Toutes les nuits

Je mets des alèses dans mon lit Oui Non

Je prends ma douche Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Si j'ai besoin d'une aide partielle c'est pour Le dos Les cheveux
 Les pieds Les parties intimes

J'utilise une chaise de douche Oui Non

Je peux me raser Seul(e) Avec aide Non

Je peux m'habiller Seul(e) J'ai besoin d'aide

Si j'ai besoin d'aide c'est Pour le haut Pour le bas
Je mets mes chaussures Seule(e) Avec aide partielle Non
Je m'occupe seul(e) de mes affaires personnelles Oui Avec supervision Non

Alimentation

Je mange Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale
 Normal Coupé en petits morceaux Mixé Lisse

Je bois Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

Je bois de l'eau Normale Epaisse Gélifiée

J'utilise des ustensiles adaptés Oui Le(s)quel(s) ? Couverts Verre Assiette
 Non

J'ai un régime alimentaire Oui Non

Si oui lequel ? _____

Je fais des fausses routes Oui Non

Il y a des aliments que j'évite à tout prix Non

Oui, lesquels et pourquoi ? _____

J'ai des compléments alimentaires Oui, préciser _____ Non

Je porte un dentier Oui Non

Si oui, je le gère seul Oui Non

Activités / rythme de vie

Je sais faire un choix parmi plusieurs activités Oui Non

Je peux maintenir ma concentration sur une activité Oui Non

Je peux sortir toute la journée en excursion Oui Non

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien Oui Non

J'ai l'habitude de pratiquer une activité physique au quotidien

Oui laquelle ? _____ Non

Sommeil

Je me lève généralement à _____

Je me couche généralement à _____

Je me lève et me couche Seul(e) Avec aide partielle Avec aide totale

J'ai des difficultés Pour m'endormir Pour me lever

Je me réveille dans la nuit Oui Non

Je me lève dans la nuit Oui Non

Je fais la sieste Tous les jours Occasionnellement Non

J'ai une vni Oui Non

Si oui, je la gère seul(e) Oui Non

J'ai un matelas personnel Oui Non

Habitudes de vie

Je fume habituellement Oui Non

Si oui, je gère seul(e) Oui Non

Je consomme de l'alcool habituellement Oui Non

Je peux consommer de l'alcool pendant le séjour Oui Non

Je respecte des habitudes culturelles Oui Non

Si oui, préciser _____

Comportement

Il m'arrive :

De m'alcooliser Oui Non

De fuguer Oui Non

D'avoir un comportement agressif Oui Non

Si oui Envers moi-même Envers les autres

D'avoir des hallucinations Oui Non

D'avoir des comportements exhibitionnistes Oui Non

D'avoir des phobies Oui, la(les)quelle(s) ? _____ Non

D'avoir des délires Oui Non

De m'isoler Oui Non

D'avoir un objet fétiche

Oui

Non

Indiquer si ces états peuvent être déclenchés par des situations particulières ayant des conséquences sur les activités et la vie quotidienne. Préciser les attitudes à adopter, les précautions, les vigilances.

Il y a-t-il autre chose que je dois savoir ? quant aux habitudes de vie, des conseils pour la gestion des moments difficiles, toute information utile pour que le séjour se déroule au mieux
