

PARTICIPANT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : H F

Autonomie : A+ A B B- C

NOM DU SÉJOUR & DATES :

.....

.....

PHOTO RÉCENTE OBLIGATOIRE

CAPACITÉS PHYSIQUES :

A un fauteuil roulant OUI Seulement pour les sorties extérieures NON

Si oui : Fauteuil manuel Fauteuil électrique : dimensions :

Le participant en fauteuil, est-il capable d'effectuer ses transferts seul ? OUI NON

Nécessite un véhicule adapté au fauteuil pour les sorties (TPMR) OUI NON

A un déambulateur OUI NON

Béquilles ou canne OUI NON

Monte/descend un escalier seul OUI ACCOMPAGNÉE NON

Risque de chutes OUI NON

SUIVI MÉDICAL :

A un traitement OUI NON Utilise un contraceptif OUI NON

matin midi 16h00 soir coucher S'en occupe seul OUI NON

Non voyant OUI NON

Porte des lunettes OUI NON

Allergie : OUI NON Cardiaque OUI NON

Épileptique (1) OUI NON Stabilisée OUI NON

(1) Les participants sujets à l'épilepsie non stabilisée, ne sont pas acceptés sur nos séjours.

Matériel orthopédique (bas de contention ...) OUI NON (si oui précisez :))

Soins de peau / crème :

HYGIÈNE :

Se lave seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Fréquence par semaine :

S'habille seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Se rase seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Se brosse les dents seul OUI Stimulation verbale Aide partielle NON

Porte un appareil dentaire : OUI NON Le lave seul OUI NON Le met seul OUI NON

Va aux toilettes seul OUI NON

Énurétique* Journée Nuit NON

Encoprétique* Journée Nuit NON

Porte des protections Journée Nuit NON Les mets seul OUI NON

(*) En cas de dégradation de la literie, nous nous réservons le droit de vous adresser les factures liées aux dégâts. Merci de joindre des alèses.

REPAS ET RÉGIMES ALIMENTAIRES :

Prend ses repas seul OUI NON Boit de l'eau gélifiée (à nous fournir) OUI NON
Mange haché OUI NON Utilise des compléments alimentaires OUI NON
Mange mixé (texture lisse) OUI NON Café autorisé OUI NON
Risque de fausses routes OUI NON Tendance à la potomanie OUI NON
Si oui, Fréquence :
Suit un régime alimentaire (2) OUI NON
 Hypocalorique / Diabétique / Cholestérol / Autre :

(2) Pour les régimes diabétiques, nous vous demanderons le passage d'une IDE 1 fois par semaine pour un contrôle de glycémie

ALCOOL ET TABAC :

Alcool autorisée OUI NON Tendance à l'éthylisme OUI NON
Est fumeur OUI NON
Faut-il qu'un animateur gère sa consommation ? OUI NON
Protocole :

SOMMEIL : attention il n'y a pas de veilleur de nuit sur les séjours de vacances, merci d'en tenir compte.

Heure habituelle du lever : Heure habituelle du coucher :

Se lève la nuit* OUI NON Pour quelles raisons :
A besoin d'être orienté, aidé la nuit OUI NON

(*) Ne devant pas nécessiter l'accompagnement de l'équipe encadrante. Nos accompagnateurs sont présents 24h/24, ils ne sont donc pas en mesure d'assurer cette fonction d'accompagnement la nuit.

Fait la sieste OUI NON
Dort en couple OUI NON Si oui avec :
A un lever difficile OUI NON
Peut avoir des angoisses / insomnies OUI NON

COMPORTEMENT :

Crise d'agitation sans violence OUI NON Est sujet aux hallucinations OUI NON
Difficulté d'intégration OUI NON Agressivité verbale OUI NON
Agressivité physique (3) OUI NON **Tendance à fuguer** OUI NON
- Envers lui-même OUI NON
- **Envers les autres** OUI NON
- Envers un objet OUI NON

Symptôme / Fréquence :

(3) En cas d'agressivité physique envers un tiers, le vacancier sera reconduit dans son établissement ou sa famille sans remboursement possible (voir nos conditions particulières de vente).

SORTIES ET ACTIVITÉS :

Bon marcheur (+ de 30 mn) OUI NON
Baignade seul autorisé (sans surveillant de baignade) OUI NON
Sait nager OUI NON
Sortie seul autorisée* OUI NON
Peut rester seul sur le lieu de séjour OUI NON

(*) Les adultes ayant l'autorisation de sortir seuls sans accompagnateurs ne seront pas sous notre responsabilité pendant ces plages de sorties. Les animateurs de séjours les laisseront donc - après repérage des lieux - vaquer à leur occupation personnelle pendant un temps déterminé.

COMMUNICATION :

Communique par le langage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sait écrire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Communique par les gestes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Difficulté de compréhension	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Difficulté d'élocution	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sourd	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Utilise des pictogrammes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Porte des appareils auditifs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Fiabilité de ses propos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Muet	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Sait lire	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Téléphone seul	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

ARGENT DE POCHE :

Gère son argent seul OUI NON

Faut-il pointer ses dépenses et son argent de poche OUI NON

SOINS INFIRMIER : OUI NON

Détail du soin :

Injection : OUI NON Si oui, fréquence ou date de l'injection :

Type d'injection :

Pour les personnes diabétiques et ayant besoin d'un passage IDE, il est obligatoire d'apporter l'appareil à glycémie, le stylo piqueur + les bandelettes, si insuline, le stylo + les aiguilles, le carnet de suivi, la prescription complète, sans cela, l'infirmière ne pourra assurer la prise en charge.

LOCATION DE MATÉRIEL : OUI NON

lit médicalisé lit médicalisé + barrière

montauban chaise de douche

Taille : **Poids :**

lève-personne + filet verticalisateur

autres, détaillez :

ATTENTION :

- Nous ne prenons pas les rendez-vous avec les cabinets infirmiers, nous vous transmettons une fiche de liaison à nous retourner complétée à cet effet.
 - Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant une injection lors des journées de transports aller et retour et lors des soirées étapes (nuit à l'hôtel). Nous ne prenons pas en charge les personnes nécessitant un traitement réfrigéré.
-

AUTRES :

Nom de la personne que le vacancier peut joindre par téléphone + n° de tel et fréquence :

.....

Souhaite écrire des cartes postales (*) OUI NON

Souhaite faire et illustrer de photos un cahier souvenir de vacances OUI NON

(*) Merci de joindre dans sa valise les enveloppes timbrées + nom et adresse des destinataires)

MÉDECIN TRAITANT :

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTALE : VILLE : TEL :

CADRE LEGAL :

tutelle curatelle pas de mesure de protection

LA PERSONNE VITE EN :

famille famille d'accueil foyer logement autonome

PERSONNE QUI SERA PRÉVENUE EN CAS D'URGENCE DURANT LE SÉJOUR :

NOM, QUALITÉ :

TEL FIXE : **TEL PORTABLE (obligatoire) :**

OBSERVATION :

Merci de décrire le comportement et les particularités du vacancier
(ou joindre la fiche de suivi établie par votre établissement)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quels conseils donneriez-vous à nos équipes pour optimiser l'accompagnement de la vie quotidienne ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Quelles attitudes ou solutions proposez-vous pour éviter une crise, un refus ... ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

<p>Je soussigné(e) agissant en qualité de</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certifie l'exactitude des informations mentionnées. - Certifie que l'état de santé de la personne n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisée. Nous vous rappelons que ce séjour ne s'adresse pas aux personnes dangereuses pour elle-même ou pour la collectivité. <p>Fait à Le</p> <p>Apposer la mention manuscrite « Lu et approuvé » et signature</p>
--

Petit rappel des pièces à joindre au dossier :

- Copie de la carte de mutuelle
- Copie de l'attestation CPAM
- Ordonnance si location de matériel et/ou passage IDE
- Copie de la carte d'identité, originale si séjour à l'étranger

Un mois avant le départ, vous recevrez :

- La convocation vous indiquant l'heure et le lieu de RDV pour le départ et le retour.
- Un pilulier jetable (si vous retournez le coupon réponse présent dans la convocation)
- Les étiquettes bagages + badge si transport en autocar uniquement, si transport en minibus, vous ne recevrez pas en amont ces étiquettes/badges. Le chauffeur du minibus vous les donnera la jour du départ.
- Une fiche médicale violette à nous remettre le jour du départ avec l'ordonnance valide et signée par le médecin.
- Un trousseau.

Merci pour votre implication ! L'équipe Vacances adaptées