

Fiche médicale



Le participant

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Date de naissance:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Adresse:	<input type="text"/>
Nationalité:	<input type="text"/>	Ville:	<input type="text"/>
Mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>		
N° Sécurité sociale:	<input type="text"/>		

Taille

Poids

Groupe sanguin

Handicap sensoriel

Déficience auditive: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui: Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/>
Appareillé: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Le gère seul: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Déficience visuelle: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui: Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Complète <input type="checkbox"/>
Appareillé: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Lunettes oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Lentilles oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres déficience sensorielle: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui précisez: <input type="text"/>

Prothèse et appareillage médical

Prothèse dentaire: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Le gère seul: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Fauteuil roulant: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui: En permanence: <input type="checkbox"/> Sporadiquement: <input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'un fauteuil sur place? (nous pouvons prêter un fauteuil électrique et un fauteuil manuel, moyennant le coût de l'assurance et de la révision des fauteuils)
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Matériel orthopédique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui précisez: <input type="text"/>
Le gère seul: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>

Médical

Est-il épileptique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui, est-il stabilisé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez: <input type="text"/>
Est-il diabétique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui, a-t-il besoin d'injections? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fait par une infirmière? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fait par lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Est-il cardiaque: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui précisez: <input type="text"/>
A-t-il de l'asthme: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui, a-t-il un traitement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Le gère seul: oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Suit-il un régime alimentaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si oui précisez: <input type="text"/>
Mange-t-il mixé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Pré-haché? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Autorisation de baignade: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Remarque: <input type="text"/>
Si non, pour quelle raison? <input type="text"/>
Contre-indications particulières: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui précisez: <input type="text"/>
Utilise un contraceptif: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lequel: <input type="text"/>
Le gère seul: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicales récentes (précisez la date):
<input type="text"/>

Fiche médicale

Traitement médical

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier (si oui, indiquer la posologie dans le tableau) Oui Non

Le prend seul: Oui Non

Médicament	Matin	Midi	Soir	Coucher

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre à l'animateur dès votre arrivée ou votre prise en charge, le pilulier nominatif, avec l'ordonnance comportant la mention "aide à la vie courante".

Protocole médical en cas d'urgence ou "si besoin"

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus, mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier: crises, règles douloureuses, maux de t ransport, ...

Situations	Signes d'appels (ex: gonflement, plaques rouges, violence,...)	Elements déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir (médicaments et posologie; positions, attitudes des animateurs,...)
Si allergie, précisez:			
Si épilepsie			
Gestion de troubles du comportement, précisez:			
Si asthme			
Autres, précisez:			

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre à l'animateur dès votre arrivée ou votre prise en charge, le pilulier nominatif, avec l'ordonnance comportant la mention "aide à la vie courante".

Les cas d'urgence mentionnés si-dessus nécessitent-ils un appel d'urgence à une assistance médicalisée: Oui Non

Pendant l'urgence et avant de lui administrer un traitement? Oui Non

Après la gestion de l'urgence? Oui Non

Si oui, un contact est-il à privilégier (SAMU, Spécialiste, médecin traitant,...) Oui Non

Si oui, lequel?

Je, soussigné Docteur

Certifie exacte l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical.

Et certifie que

Madame, Monsieur

Peut être admis dans le séjour de vacance choisi.

A le

Signature et cachet du médecin: