



CE DOSSIER D'INSCRIPTION EST DANS LE SEUL OBJECTIF DE PERCEVOIR LE VACANCIER DANS SA GLOBALITÉ, AFIN DE POUVOIR RÉPONDRE AU MIEUX À SES ATTENTES ET DE L'ORIENTER AU MIEUX AU GROUPE QUI LUI CORRESPONDE. MERCI DE NÉGLIGER AUCUN DÉTAIL QUI POURRAIT NOUS ÊTRE UTILE LORS DE SON SÉJOUR. LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSOUS SONT PROTÉGÉS ET UTILISÉS

UTILISÉ UNIQUEMENT EN INTERNE.



NOM ET PRÉNOM :

☐ M. ☐ Mme

DATES DU SÉJOUR :

DU AU

DATES DE NAISSANCE :

AGE :

N° SÉCURITÉ SOCIALE :

TAILLE ET POIDS :

POINTURE: (POUR LOCATION MATÉRIEL)

GROUPE SANGUIN:

JOINDRE 1
PHOTO RÉCENTE

SENSORIEL

DÉFICIENCE AUDITIVE: oui ☐ Non ☐

Si oui, est-elle: légère ☐ moyenne ☐ complète ☐ Remarques:

Appareillé? Oui ☐ Non ☐

Le gère seul? Oui ☐ Non ☐

DÉFICIENCE VISUELLE: oui ☐ Non ☐

Si oui, est-elle: légère ☐ moyenne ☐ complète ☐ Remarques:

Lunettes : oui ☐ Non ☐

Appareillé (cane, etc...): oui ☐ Non ☐

AUTRE DÉFICIENCE SENSORIELLE: oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez:

PROTHÈSE ET APPAREILLAGE MÉDICALE

Prothèse dentaire: oui ☐ Non ☐

Si oui, le gère seul? oui ☐ Non ☐

Fauteuil roulant: oui ☐ Non ☐

En permanence? ☐ ou Occasionnellement? ☐

Matériel Orthopédique? Oui ☐ Non ☐

Si oui, le gère seul? oui ☐ Non ☐



Est-il épileptique: oui ☐ Non ☐ Si oui est-il stabilisé?: oui ☐ Non ☐ Date de la dernière crise?	Remarques:
Est-il diabétique? : oui ☐ Non ☐ Si oui a-t-il besoin d'injections?: oui ☐ Non ☐ Si oui, par infirmière? ☐ Par lui-même? ☐	Remarques:
Est-il cardiaque? : oui ☐ Non ☐ Si oui, mesures spécifiques? (précisez)	Remarques:
Fait-il de l'asthme?: oui ☐ Non ☐ Si oui, a-t-il un traitement? Oui ☐ Non ☐ Le gère seul? : oui ☐ Non ☐	Remarques:
Souffre-t-il d'allergie? Oui ☐ Non ☐ Si ou, précisez :	Remarques:

Contre-indication particulière? :

TRAITEMENT MÉDICAL:

Le bénéficiaire suit-il un traitement régulier? (si oui remplir le tableau ci-dessous) Oui ☐ Non ☐

Le gère seul? Oui ☐ Non ☐

Peut-il consommer de l'alcool? Oui ☐ Non ☐

Médicaments (écrire lisiblement)	Matin	10h	Midi	16h	Soir	Coucher



Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles:

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 transport etc...

Situations	Signes d'appels (ex: gonflement, plaques rouges, violence, etc...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir (médicament à administrer, position à privilégier, ...)
Si allergie, précisez:			
Si épilepsie			
Gestion du trouble du comportement, précisez:			
Si asthme			
Autres, précisez:			
Remettre à l'arrivée du vacancier l'ordonnance avec la mention "aide à la vie courante" et un pilulier nominatif et sous vide, dédié à ce traitement: "en cas d'urgence".			
Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus nécessitent-ils un appel d'urgence à une assistance médicalisée : • pendant l'urgence et avant de lui administrer le 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 :			

A SIGNER OBLIGATOIREMENT PAR LE MÉDECIN TRAITANT



Je soussigné, Docteur, certifie que l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité (ou individuel) dans un cadre non médicalisé

Certifié exact le à Signature et cachet:

N° de téléphone du médecin:

☐ J'ai pris connaissance et je conçois que les informations, y compris les informations « sensibles » recueillies, à partir de ce formulaire sont traitées par l'Association Solhame, en tant que Responsable de traitement, afin de mieux percevoir le vacancier dans sa globalité (traitement médical régulier, protocole médical en cas d'urgence, assistance médicalisée etc...), et de pouvoir répondre au mieux à ses attentes et de l'orienter vers un groupe qui lui correspond. Cette collecte est effectuée dans le respect de l'article 6.1.a du Règlement Général sur la Protection des Données, dit « RGPD », selon lequel la personne concernée par la collecte de ses données à caractère personnel consent à ce qu'un traitement soit réalisé par le Responsable de traitement pour les finalités décrites ci-dessus.

Ces informations seront conservées le temps nécessaire au traitement de votre demande d'inscription, et seront ensuite supprimées.

Les données collectées sont à destination exclusive de l'Association Solhame, et des accompagnateurs concernés par le séjour en question.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant directement par courriel à l'adresse suivante : contact@solhame.fr, ou par voie postale : 25 Rue Saint Jean – 66800 SAILLAGOUSE

Vous pouvez également, à tout moment, introduire une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> et/ou à l'adresse postale suivante : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Fiche gestion des médicaments



Nom du vacancier: _____

Date séjour: _____

Cette fiche à pour objectif de nous confirmer le mode de gestion (ou de distribution) des médicaments que vous préférez, selon l'autonomie de la personne concernée.

☐ Pilulier à compartiment journalier

☐ Autre, précisez: _____

☐ Pilulier sachets sous vide (**à privilégier**)

Choisissez un mode de gestion:

☐ 1 : Gère seul(e) ses médicaments (sans intervention d'un tiers)

Commentaires si nécessaire:

☐ 2: Gestion assistée (la personne garde ses médicaments mais reçoit des rappels régulièrement lors de la prise)

☐ 3: Ne gère pas seul. Les médicaments à distribuer sont gardés et distribués par un(e) accompagnat(rice)ur responsable formé et expérimenté.

☐ 4: Certains soins infirmiers doivent être réalisés par un(e) infirmier(ère) libéral(e) IDE. **Merci de joindre l'ordonnance précisant les actes prescrits.**

Attestation

Je soussigné(e) Docteur.....

exerçant au

déclare avoir bien lu les différents mode de gestion des médicaments et à avoir choisi le mode le plus approprié à la situation.

Je déclare décharger toute responsabilité à l'association SOLHAME en cas d'incident lié au choix du mode de gestion des médicaments, choisi par vos soins. Nous suivrons vos recommandations sur cette fiche lié au mode de gestion des traitements médicamenteux*.

**L'association SOLHAME aura formé au préalable les accompagnateurs à la distribution des médicaments. Une seule personne sera à charge de les donner selon les prescriptions du médecin.*

Signature et cachet du médecin traitant:
(avec mention lu et approuvé)

Fait à _____

Le _____



Privilégier au maximum un pilulier sécurisé (où il n'y a pas de possibilité que les cachets se mélangent). Le préparer sous vide de grande préférence!

☐ J'ai pris connaissance et je conçois que les informations recueillies, à partir de ce formulaire sont traitées par l'Association Solhame, en tant que Responsable de traitement, afin d'en connaître davantage sur les modes de gestion des médicaments choisis pour le vacancier.

Cette collecte est effectuée dans le respect de l'article 6.1.a du Règlement Général sur la Protection des Données, dit « RGPD », selon lequel la personne concernée par la collecte de ses données à caractère personnel consent à ce qu'un traitement soit réalisé par le Responsable de traitement pour les finalités décrites ci-dessus.

Ces informations seront conservées le temps nécessaire à la gestion des médicaments du vacancier, pendant toute la durée du séjour ; et seront ensuite supprimées.

Les données collectées sont à destination exclusive de l'Association Solhame, et des accompagnateurs concernés par le séjour en question.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant directement par courriel à l'adresse suivante : contact@solhame.fr, ou par voie postale : 25 Rue Saint Jean - 66800 SAILLAGOUSE

Vous pouvez également, à tout moment, introduire une réclamation auprès de la CNIL via son site internet : <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> et/ou à l'adresse postale suivante : CNIL - 3 Place de Fontenay - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Case RGPD à cocher





Recommandations piluliers

Nous constatons fréquemment que certains piluliers ne répondent pas aux exigences fonctionnelles nécessaires. Bien que nos équipements matériels soient moins avancés que ceux d'un centre spécialisé, nous avons des obligations à respecter pour prévenir tout incident lié à la gestion des piluliers.

Les médicaments sont actuellement stockés dans une malle cadenassée et dans de grandes pochettes individualisées. Il est impératif que les piluliers soient sécurisés, c'est-à-dire qu'ils se ferment correctement et empêchent tout mélange des médicaments. Chaque médicament doit être sous son emballage découpé de la plaquette au maximum. **Nous nous réservons le droit de refuser tout pilulier qui ne respecte pas ces critères de conformité.**

Dans tous les cas, privilégier les sachets sous vide, merci!



Sachet dose



Pilulier défectueux, ne fermant pas correctement.



Plaquette défectueuse, ne fermant pas correctement.

Attention à la correspondance entre les ordonnances fournies en amont, puis le contenu du pilulier, qui doivent être identiques! Merci