CONFIDENTIEL

DOSSIER INSCRIPTION 2023

FICHE MÉDICALE

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 UNIQUEMENT EN INTERNE.

Association SOLHAME
pour que tous les projets prennent vie !

NOM ET PRÉNOM : ☐M. ☐Mme .....

DATES DU SÉJOUR : DU ..... AU .....

DATES DE NAISSANCE : .....

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 ☐ Appareillé? Oui ☐ Non ☐ Le gère seul? Oui ☐ Non ☐	Remarques:

DÉFICIENCE VISUELLE: oui ☐ Non ☐

Si oui, est-elle: légère ☐ moyenne ☐ complète ☐ Lunettes : oui ☐ Non ☐ Appareillé (canne, etc...): oui ☐ Non ☐	Remarques:

AUTRE DÉFICIENCE SENSORIELLE: oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez:

PROTHÈSE ET APPAREILLAGE MÉDICALE

Prothèse dentaire: oui ☐ Non ☐ Si oui, le gère seul? oui ☐ Non ☐	Remarques:
Fauteuil roulant: oui ☐ Non ☐ En permanence? ☐ ou Occasionnellement? ☐	Remarques:
Matériel Orthopédique? Oui ☐ Non ☐ Si oui, le gère seul? oui ☐ Non ☐	Remarques:

MÉDICAL

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 bénéficaire 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	Matin	Midi	Soir	Coucher

AUTRES SOINS PRESCRITS: OUI ☐ NON ☐

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...)	**Eléments 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-t-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 cité 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:

Je consens à ce que l'association SOLHAME traite mes données sensibles dans le cadre de la gestion de mes dossiers de pré-contentieux (protection des données): Oui ☐