

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Madame       Monsieur

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE :** .....

Téléphone : ..... Portable : ..... Mail : .....

**Poids :**                      **Taille :**

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Numéro de Carte d'Identité/Passeport :** .....

Etes-vous sous mesure de curatelle oui  non  tutelle oui  non

### Nom et coordonnées téléphonique de la Personne à contacter en cas de besoin :

**Etablissement :**

**Personne référente :**

**Tuteur :**

**Famille :**

### **MON HANDICAP :**

Moteur    Polyhandicap       Autre (sensoriel, mental, psychique)

Précisez.....

### **TRAITEMENT MEDICAL :** (joindre obligatoirement photocopie de l'ordonnance)

Suivez-vous un traitement médical : Oui  Non

Avez-vous des soins infirmiers : Oui  Non

Soins corporels : Oui  Non

Précisez.....

.....

### **Problèmes Cutanés**

Aucun  Oui Lequel ..... Traitement :

.....

Escarre Si oui à quel endroit ? ..... Traitement :

.....

**Avez-vous déjà eu des escarres :**  oui                       non

Si oui, merci de préciser l'année, la localisation et le type de soins : .....

.....

## VIE QUOTIDIENNE

### Mon autonomie de déplacement :

↳ JE PEUX MARCHER :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) pendant ___ h ___ mn                             | <input type="checkbox"/> Avec l'aide de quelqu'un                      |
| <input type="checkbox"/> Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs) | <input type="checkbox"/> Lentement                                     |
| <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) les escaliers               | <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) quelques marches |
| <input type="checkbox"/> J'utilise des cannes ou des béquilles                    | <input type="checkbox"/> J'utilise un déambulateur                     |
| <input type="checkbox"/> Toute la journée   | <input type="checkbox"/> ___ heures par jour                           |
| <input type="checkbox"/> Je suis appareillé(e) pour la marche                     |  |

Précisez le type d'appareillage : .....

- J'utilise parfois un fauteuil (précisez les conditions d'utilisation du fauteuil dans les paragraphes ci-dessous)
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se repère seul           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Tendance à se perdre     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> Peut se mettre en danger | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

### ↳ J'UTILISE UN FAUTEUIL

- En permanence (à préciser)
- Je ne peux pas me tenir debout     J'ai un appui plantaire (transfert)
- Je me transfère dans un véhicule classique
- Occasionnellement pour les sorties et j'emporterai le fauteuil sur le lieu du séjour
- Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel  
 A l'intérieur :  oui  non    ➤ A l'extérieur :  oui  non
  - Je manœuvre seul(e) mon fauteuil électrique  
 A l'intérieur :  oui  non    ➤ A l'extérieur :  oui  non

### Mon fauteuil utilisé durant le séjour:

Manuel

Electrique

**Déplié** Largeur :                      Hauteur :                      Profondeur :                      Poids :

**Déplié** Hauteur globale (passager + fauteuil) :

**Plié** Largeur :                      Hauteur :                      Profondeur :

### Mon autonomie gestuelle :

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| • Je me lève et me couche       | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
| • Je fais ma toilette (lavabos) | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
| • Je me douche ou me baigne     | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
| • Je me rase                    | <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale   |
| • Je m'habille                  | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
| • Je mange                      | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
|                                 | <input type="checkbox"/> avec des couverts ordinaires <input type="checkbox"/> uniquement à la cuillère <input type="checkbox"/> avec mes propres couverts |
| • Je bois                       | <input type="checkbox"/> seul(e) <input type="checkbox"/> aide partielle <input type="checkbox"/> aide totale  |
|                                 | <input type="checkbox"/> au verre <input type="checkbox"/> avec mon propre gobelet <input type="checkbox"/> avec une pipette ou une paille                 |

## Mon mode de communication :

- J'ai l'usage de la parole (préciser)  ordinaire  difficile  très difficile
- Je n'ai pas l'usage de la parole
- J'utilise des accessoires de communication  oui  non
- Si oui, lesquels\* :  pictogramme  alphabet  ordinateur à synthèse vocale
- Je possède mon propre langage (code), par signe ou onomatopées :  oui  non
- (Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative)\* à emporter sur le lieu du séjour
- Je sais lire  oui  non Je sais écrire  oui  non
- Je fume  oui  non

## CONFORT PERSONNEL

- Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle.
- J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle.

Si vous avez des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous.

### ↳ MODE DE MICTION :

- Normal (sur wc)  Bassin ou « pistolet »  Etui pénien (ou vulvaire) + poches d'urines
- Sondage, \_\_\_\_\_ fois par jour (effectué par un tiers)
- Auto sondage, \_\_\_ fois par jour (effectué par moi-même)
- Sonde à demeure : fréquence du remplacement : .....
- Stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement : .....
- Protection (alèses...) autres précisé : .....

### Quelque soit le mode miction :

- J'assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)
- Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)  Aide importante ou totale (assuré par un tiers)
- Cependant, des incidents peuvent survenir :**
- Jamais ou exceptionnellement
- Assez fréquemment  La nuit
- Tous les jours ou presque  Le jour

### ↳ MODE DE DEFECATION :

- Normal (sur wc)  Sur bassin
- J'utilise des produits locaux (type microlax) si oui, à quelle fréquence : .....
- Extraction digito-rectale, \_\_\_\_\_ fois par jour ou \_\_\_\_\_ fois par semaine
- Par moi-même  Par un tiers
- Stomie digestive : fréquence du remplacement : .....
- Protection car incontinence

### **Quelque soit le mode défécation**

- J'assure seul(e)  Aide partielle ou dans certains cas  Aide importante ou totale
- Cependant, des incidents peuvent survenir :**
- Jamais ou exceptionnellement  Assez fréquemment  Tous les jours ou presque
- Le jour  La nuit

## AUTONOMIE RESPIRATOIRE

- Je n'ai aucun problème respiratoire  
 Je dois faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort – kiné)

Préciser : .....

- Je suis actuellement trachéotomisé(e)  
 J'ai de l'oxygène de façon intermittente ou permanente

Préciser : .....

- J'ai une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne / permanente

Préciser : .....

Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre, au dossier d'inscription, une note explicative.

## EPILEPSIE EVENTUELLE

- Je ne suis pas sujet aux crises d'épilepsie  
 Je suis sujet aux crises d'épilepsie

Si oui, préciser la fréquence : .....

Conseil en cas de crise : .....

## ALIMENTATION

**Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?**  oui  non

Si oui, lesquels : .....

Et pourquoi ? .....

**Présentation des aliments :**  normaux  hachés  mixés  lisses

**Je suis sujet aux fausses routes ?**  oui  non

Si oui, y a-t-il des techniques afin de les éviter ?

.....

**Je suis un régime alimentaire ?**  oui  non

Si oui :  rigoureux  souple

Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel...) : .....

## VIE SOCIALE

### RYTHME DE VIE

- Je peux sortir TOUTE la journée en excursion  
 J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de \_\_\_\_\_ heures

Avez-vous l'habitude de pratiquer des activités hors de votre lieu de vie pendant l'année ?

- oui  non

Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades...) .....

..... Et à quelle fréquence ? .....



