

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 ?

