



MODELE QUESTIONNAIRE MEDICAL :

BIEN REMPLIR SON DOSSIER MEDICAL

(Selon Article R. 412-11 3° du code de tourisme et instruction DGCS/SD3B/2015/233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeurs)

A LIRE ATTENTIVEMENT :

Ce dossier vacancier est adressé à la personne accueillie ou à son représentant légal afin de connaître ses besoins et ses problèmes de santé pour une bonne prise en charge et un bon déroulement du séjour.

Il doit être rempli dans les 15 jours suivants la pré inscription, aucune inscription ne pourra avoir lieu si l'organisme n'a pas reçu préalablement le questionnaire médical dûment rempli.

Tous les dossiers sont étudiés et validés. Nous nous réservons le droit de refuser l'inscription d'une personne s'il ne correspond pas à l'autonomie et aux critères d'accueil de nos séjours d'où l'importance d'envoyer le dossier médical dans les 15 jours suivants la pré-inscription.

IMPORTANT : Dans le cadre de l'étude des dossiers, nos services ainsi que le responsable de séjour peuvent être amenés à vous contacter, merci d'indiquer les coordonnées téléphoniques et mail de la personne chargée de l'inscription.

N'oubliez pas ce dossier permet d'établir un premier lien entre les équipes encadrantes de séjour et le vacancier, il est donc indispensable de le remplir avec la plus grande transparence.

Ce dossier médical est strictement confidentiel, il sera automatiquement détruit à la fin du séjour.



PHOTO
OBLIGATOIRE
(collée non
agrafée)

DOSSIER VACANCIER

Attention ce document n'est pas la fiche d'inscription, il est à retourner obligatoirement au plus tard 15 jours après la pré-inscription. Le dossier sera étudié à réception. Si toutefois le profil du vacancier venait à ne pas correspondre aux critères de séjour, l'organisme se réserve le droit de refuser ou réorienter sur un autre séjour le vacancier.

RESERVATION

SEJOUR :

Séjour choisi : Dates du séjour : .../.../..... au .../.../.....

PARTICIPANT :

Nom du vacancier : Prénom :
Date et lieu de naissance : .../.../.... à Sexe : H F
Adresse du lieu de vie :
Téléphone : Mail :
Numéro de sécurité social :
Type de handicap :
En couple sur le séjour : OUI NON Partagent-ils la même chambre : OUI NON Avec qui?

PERSONNE EN CHARGE DE L'INSCRIPTION :

Nom/Prénom : Qualité :
Adresse professionnelle :
Tel 1 : Tel 2 : Mail :

TUTEUR/REPRESENTANT LEGAL :

Nom/Prénom : Qualité :
Adresse :
Tel 1 : Tel 2 : Mail :

MEDECIN TRAITANT :

Nom/Prénom :
Adresse :
Tel : Mail :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : numéro disponible 24h/24 et 7i/7

Nom/Prénom :
Tel : Mail :
Nom/Prénom de la personne qui accompagne au rendez vous :
Tel : Mail :



Nom : Prénom : Séjour :

1- TOILETTE ET HYGIENE PERSONNELLE :

ENTRETIEN PERSONNEL	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	Oui	Non	Autres précisions
Hyper sialorrhée			
Est énurétique le jour ?			Fournir les protections
Est énurétique la nuit ?			Fournir les protections
Est encoprétique le jour ?			Fournir les protections
Est encoprétique la nuit ?			Fournir les protections
A peur du bain ?			
A peur de la douche ?			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Nom : Prénom : Séjour :

2- ALIMENTATION

ALIMENTATION	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	Non	Autres précisions
Faut-il mixer les aliments ?			
Régime Alimentaire ?			
Risque de fausse route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie ...			

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d'accessoires ...)



Nom : Prénom : Séjour :

3- NUIT , SOMMEIL, LEVER, COUCHER

NUIT, SOMMEIL, LEVER, COUCHER	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur de l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

Autres précisions et préconisations :



Nom : Prénom : Séjour :

4- SANTE

Attention : joindre la fiche ci-jointe relative aux informations médicales ainsi que l'original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, soins...

SANTE	autonome	Aide totale	
Gestion et suivi du traitement médical			
	En permanence	Occasionnellement	Non
Se déplace avec un déambulateur			
Utilise une canne d'aide à la marche			
Utilise une canne blanche			
Port de lunettes correctrices			
Port de lunettes de protection			
Port de lentilles			
	Oui	Non	
Port d'une prothèse dentaire amovible			
Port d'une prothèse auditive			
Port de chaussures orthopédiques			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Nom : Prénom : Séjour :

5- HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENT

HABITUDES DE VIE - COMPORTEMENT	Oui	Non
La personne vit-elle habituellement en couple ?		
La/le conjoint (e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour ?		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		
Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisses		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins...)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		

Indiquer ci-dessous toutes informations complémentaires :



Nom : Prénom : Séjour :

6- COMMUNICATION

COMMUNICATION	Oui	Avec correction	Non
Voit			
Entend			
	Oui	Un peu	Pas du tout
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes...)			
Utilisation d'une langue de gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objet à valeur de communication			
Communique par des pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalise ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorrhées/itérations			
	Seul	Avec une aide	Non
Ecriture			
Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une table alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Nom : Prénom : Séjour :

7- SORTIES ET DEPLACEMENTS

SORTIES - DEPLACEMENTS	Oui	Non	Avec une préparation/préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémoriser un lieu à atteindre			
Mémoriser un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée dans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

8-GESTION DE L'ARGENT PERSONNEL

GESTION DE L'ARGENT PERSONNEL	AUTONOME	AVEC UNE AIDE	NON
Gestion de l'argent personnel			
Réalisation d'un achat simple			

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Nom : Prénom : Séjour :

9- ACTIVITES SPORTIVES ET LOISIRS

ACTIVITES SPORTIVES-LOISIRS	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobil home		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel		
Contre-indication à sortir le soir		

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :

Lieu, date, nom + prénom de la personne qui a complété le dossier, signature :



Nom : Prénom : Séjour :

10- FICHE RELATIVE AU TRAITEMENT MEDICAL

Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :
.....

Est il joignable durant le séjour : OUI NON
Si le médecin traitant n'est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin joignable durant le séjour :

.....

Déficiência/ handicap :
 Moteur Sensoriel Mental Cognitif Psychique Polyhandicap
Pathologie :

.....
.....
.....
.....
.....

Prescriptions médicales en cours (joindre l'ordonnance) :

1-Prise des médicaments :

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites :				
Médicament 2 et doses prescrites :				
Médicament 3 et doses prescrites :				
Médicament 4 et doses prescrites :				
Médicament 5 et doses prescrites :				
Médicament 6 et doses prescrites :				
Médicament 7 et doses prescrites :				
Médicament 8 et doses prescrites :				
Médicament 9 et doses prescrites :				

2-Autres soins prescrits :

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles :



Nom : Prénom : Séjour :

3-Autres informations :

Le vacancier gère t'il seul son traitement ? Oui avec aide non

Groupe sanguin :

Vaccination à jour :

Hépatite A : Oui Non Date du dernier rappel :

Hépatite B : Oui Non Date du dernier rappel :

Tétanos : Oui Non Date du dernier rappel :

Grippe : Oui Non Date du dernier rappel :

Autres :

.....
.....

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc

.....
.....
.....
.....

Asthmatique : Oui Non Si la réponse est oui, date de la dernière crise :

Epileptique : Oui Non Si la réponse est oui, date de la dernière crise :

Contres indications :

Baignade : Oui Non

Autres activités nautiques : Oui Non

Autres activités sportives : Oui Non

Préciser :

.....
.....

L'altitude est elle déconseillée : Oui Non.

Une activité soutenue est elle déconseillée : Oui Non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée : Oui Non

Tabac, Alcool :

Le vacancier fume t'il des produits de tabac ? Oui Non

Le vacancier consomme t'il des boissons alcooliques ? Oui Non

A-t-il une consommation problématique d'alcool ? Oui Non

Pour les vacancières :

Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) :

.....
.....

La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise de médicament :

.....
.....

Date des dernières règles :

Les règles sont elles : douloureuses abondantes

Aménorrhées : Oui Non Dysménorrhées : Oui Non



Nom : Prénom : Séjour :

Autre recommandations médicales ou sanitaires :

Autres précisions à apporter sur le/la vacancier(e) :

Lieu, date, nom + prénom de la personne qui a complété le dossier, signature :



Nom : Prénom : Séjour :

11- AUTORISATION D'HOSPITALISATION OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous, soussigné (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

.....

.....

Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, Samu) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne :

.....

Fait à, le

Signature du vacancier ou de son représentant légal :

Avec le dossier confidentiel, il est indispensable de nous transmettre :

- ◆ Photocopie de la carte d'identité et/ou passeport en cours de validité
- ◆ Photocopie de l'attestation de sécurité sociale à jour (ne pas envoyer la photocopie de la carte vitale)
- ◆ Photocopie de la carte mutuelle à jour
- ◆ Photocopie de la carte d'invalidité si le vacancier en a une (merci de barrer cette mention si le vacancier n'en a pas)
- ◆ Photocopie de la prescription médicale à jour.

Merci de vérifier qu'il ne manque aucune page dans le dossier de renseignements lors de l'envoi.

Durant le séjour, le vacancier peut disposer de sa carte vitale. La carte vitale facilite les démarches de soins et le remboursement des consultations et des traitements. Toutefois, la carte vitale n'est pas obligatoire sur nos séjours de vacances. LOISIRS ET VACANCES AUTREMENT ne sera pas responsable en cas de perte des originaux. En cas de location de matériel médical (lit médicalisé, fauteuil roulant...) certaines pharmacies imposent la carte vitale. C'est le seul cas où la carte vitale est obligatoire.