

1/ Le résident

Nom _____ Prénom _____

Date naissance ____/____/____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____

Tél _____

▪ **Protection des biens**

Tutelle Curatelle Aucune mesure

La mesure est exercée par :

Organisme Famille Tuteur privé

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

E-mail : _____

▪ **Situation du Participant**

Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

▪ **Ressources du Participant**

AAH RMI Pension Invalidité Salaire

▪ **Scolarité du Participant**

Primaire BEP/CAP Baccalauréat Études supérieures

▪ **Expériences professionnelles du Participant**

Sans 1-5 ans + de 5 ans

2/ Préparation / suivi

▪ **Suivi social**

Organisme : _____

Nom et qualité : _____

Téléphones : _____

E-mail : _____

▪ **Adresse d'expédition des courriers départ - retour**

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

▪ **Coordonnées de la famille joignable pendant le séjour**

Nom _____

Adresse _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

▪ **Personnes Référentes joignables pendant le séjour**

Qualité (famille, AS...) _____

Nom et prénom _____

Téléphones :

dans les horaires bureaux _____

Week-end/fériés _____

Soirées/nuits _____

Engagement / Autorisation Je soussigné _____

Participant du séjour _____

Représentant légal

DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS GENERALES ET PARTICULIERES DU SEJOUR
PROPOSE PAR ODEL et

M'inscrire ou inscrire M. _____ pour le Séjour de
vacances à _____

Dates _____

Adresse de facturation _____

C.P. _____ Ville _____ Tél _____

E-mail : _____

Fait à _____, le _____

Signature du résident ou du représentant légal

INFORMATIONS SOCIALES

Ces informations sont transmises par :

NOM _____ QUALITÉ _____
TÉL _____

MERCI DE NOUS INFORMER DE TOUT CHANGEMENT IMPORTANT SURVENUS AVANT LE DÉPART DU RESIDENT SUSCEPTIBLE DE MODIFIER SON COMPORTEMENT

Comportement du participant :

- Sociable Irritable Timide Craintif
 Conflictuel Influençable

Le résident a-t-il une bonne capacité d'adaptation aux autres? Oui Non

Si non, merci de préciser les situations qui peuvent le mettre en difficulté et quelle attitude l'équipe accompagnatrice doit-elle adopter :

Avec les accompagnateurs :

quelles relations Le résident entretient-il avec l'équipe ?

Accepte-t-il et applique-t-il volontiers les consignes ? Oui Non

Si non, merci de préciser :

Capacités physiques :

Taille : _____ Poids _____

Fatigabilité

- Fatigable (marche moins d'une heure)
 Peu fatigable (marche plus d'une heure)
 Très fatigable (marche moins de 15 minutes)

Autonomie sensorielle

Port d'un appareillage ? Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Problème de vue Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Problème d'élocution Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Problème d'audition Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Autres problèmes ?

Merci de préciser : _____

Hygiène corporelle

Autonome À stimuler verbalement

Le résident a des difficultés dans son rapport à l'hygiène ? Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Le résident a besoin d'une aide à la toilette par IDE ? Oui Non

Si oui, joindre la prescription médicale

Hygiène vestimentaire

Autonome À stimuler verbalement

Le résident a-t-il des difficultés dans son hygiène vestimentaire ? Oui Non

Si oui, merci de préciser : _____

Vie quotidienne - Capacités d'orientation

Le résident sort seul (après repérage) ? Oui Non

Le résident peut sortir avec d'autres vacanciers ? Oui Non

Le résident peut rester seul dans la structure ? Oui Non

Le résident gère seul son argent de poche ? Oui Non

Le résident peut-il consommer de l'alcool ? Oui Non

Le résident a-t-il l'habitude de consommer de l'alcool ? Oui Non

Commentaires éventuels :

La demande de vacances est exprimée par : le résident l'équipe de soin les deux

Le résident est-il déjà parti en vacances en collectivité : Oui Non

Précisez les dates, lieux et organismes :

TRAITEMENT ET INFORMATIONS MÉDICALES

EN CAS DE PROBLÈMES MÉDICAUX PENDANT LE SÉJOUR, MERCI DE PRÉCISER LA PERSONNE À JOINDRE 24h/24 :

NOM _____ QUALITÉ _____

Tél _____

Suivi médical Médecin : _____ Téléphones _____

Centre Hospitalier : _____ Téléphones _____

TRAITEMENT A SUIVRE PAR LE RESIDENT :

Le résident devra-t-il être aidé par l'équipe accompagnatrice pour la prise du traitement ?

Oui Non

Le résident nécessite des soins infirmiers durant le séjour (autres que la prise du traitement quotidien) ? Oui Non

♣ NATURE DES SOINS INFIRMIERS EVENTUELS ET FREQUENCE

nature des soins à faire pratiquer _____

fréquence matin midi soir

♣ SOINS SPECIFIQUES EXCEPTIONNELS

nature des soins infirmiers à faire pratiquer _____

fréquence matin midi soir

INFORMATIONS MÉDICALES

Le résident est-il épileptique ? Oui Non

Si oui, les crises sont-elles encore fréquentes ? Oui Non

Quotidiennes

Entièrement stabilisées par traitement

Le résident a-t-il des allergies connues ?

ALIMENTAIRES, MEDICAMENTEUSES, ASTHME, AUTRES... Oui Non

Si, oui, merci de préciser la cause de l'allergie les conséquences éventuelles possibles (asthme, œdème , etc... ; et la conduite à tenir :

Régime alimentaire ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le régime et de nous joindre une copie du type de régime

Diabète Oui Non

Si oui type de diabète insulinodépendant non insulinodépendant

Si oui, type de traitement traitement oral injection

Fréquence des injections matin midi soir

Qui assure habituellement les injections, et comment sont organisés le suivi et les réajustements éventuels :

Pour tout autre problème d'ordre médical (cardiaque, contre-indication médicale...), merci de préciser ci-dessous :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants : Oui Non

Si oui, lesquels ?

Merci d'avoir renseigné ce document qui nous permet d'avoir une information précise de l'état de santé du résident et qui nous permet de mettre tout en œuvre pour son confort et sa sécurité. Si dans ce questionnaire, il manque des renseignements importants, merci de nous en informer par un courrier d'accompagnement.

PRÉCISIONS : Le jour du départ, le résident doit IMPÉRATIVEMENT être munis de :

- ❖ Son traitement médical, conditionné dans un nombre de semaines nécessaires à la durée du séjour (avec l'ordonnance en cours de validité).
- ❖ Sa carte VITALE ou autre type de prise en charge (CMU...) ainsi que la carte de mutuelle.
- ❖ Tout le matériel et produits dont il aura besoin pour d'éventuels soins

Fait à _____, le _____

Signature du résident ou du représentant légal