

Fiche de renseignements

Photo obligatoire

Exemplaire à retourner à l'association

Par mail care.pediem.voyagesadaptés@gmail.com ou à

l'adresse suivante : Care-Pe Diem Voyages Adaptés

23, route des Basses Landes 44260 Prinquiau

Nom Prénom

Adresse

.....

Tel Date de naissance.....

Nom du tuteur/responsable légal Tel.....

Personnes à contacter en cas d'urgence (24h/24h et 7js/7)

.....

.....

Afin d'adapter au mieux notre accompagnement à vos besoins, merci de répondre à ce questionnaire.

Administratif :

	Oui	Non	Précisions
Curatelle			
Tutelle			
Carte d'invalidité ¹			
Carte d'invalidité avec la mention « besoin d'accompagnement »			
Carte européenne de santé			
Carte d'identité valide			
Carte vitale ²			
Passeport valide ³			

¹ Joindre une copie recto/verso

² Joindre une copie de l'attestation

³ Si oui, précisez le n° du passeport ainsi que ses dates d'obtention et d'échéance (joindre une photocopie)

Matériel médical nécessaire sur le temps du séjour :

	Oui	Non	Précisions
Lit médicalisé			
Barrières pour lit médicalisé			
Potence pour lit médicalisé			
Matelas anti-escarre à air			
Chaise montauban			
Urinal ou bassin			
Lève-personne			
Verticalisateur			
Autre :			

Autonomie

Votre mobilité	Seul	Aide partielle	Aide totale	Observations
Déplacement intérieur				
Déplacement extérieur				
Position debout				
Marche				
Monter des escaliers				
Monter quelques marches avec une aide				
	Oui	Non	Précisions	
Fauteuil roulant manuel à l'intérieur				
Fauteuil roulant manuel en sorties extérieures				
Fauteuil pliable				
Fauteuil électrique				
Fauteuil avec une coque				
Transfert	Seul	Aide partielle	Aide totale	Observations
Pour vous asseoir en voiture				
Fauteuil-chaise				
Fauteuil-douche				
WC-fauteuil				

Dimensions maximales de votre fauteuil

hauteur

largeur

longueur

poids

Quelle est votre degré de fatigabilité en sortie ?

.....

.....

.....

.....

Autonomie

Repas	Seul	Aide partielle	Aide totale	Observations
Mange				
Boit				
	Oui	Non	Précisions	
Risque de fausse route				
Aides techniques				
Régime				
Texture				
Complément alimentaire				
Boire du café				
Boire du café décaféiné				
Boire de l'alcool (modérément)				
Boire de l'alcool à titre Exceptionnel lors d'un repas				
Allergies alimentaires				
Hygiène	OUI	NON	Précisions	
Siège de douche				
Bain				
Hygiène	Seul	Aide partielle	Aide totale	Observations
Douche				
Se coiffer				
Toilette intime				
Se raser				
Brossage des dents				
Visage				
Corps				

Autonomie

Elimination	Oui	Non	Précisions	
Allez seul aux toilettes				
Besoin d'une aide pour aller aux WC				
Protections le jour				
Protections la nuit				
Un penilex / peniflow le jour				
Un penilex / peniflow la nuit				
Urinal / bassin le jour				
Urinal / bassin la nuit				
Besoin d'être sondé				
Se vêtir	Seul	Aide partielle	Aide totale	Observations
Habillage du haut				
Déshabillage du haut				
Habillage du bas				
Déshabillage du bas				
Chaussettes ou bas de contention				
Chaussures				
Trier et ranger vos vêtements				
Gestion argent de poche				
Informations complémentaires				

Renseignements médicaux

	Oui	Non	Précisions
Lunettes			
Appareil auditif			
Chaussures orthopédiques			
Bas ou chaussettes de contention			
Attelle			
Appareil dentaire			
Elocution sans difficulté			
Vous ne parlez pas			
Communication par écrit			
Communication avec un abécédaire			
Vous fumez			
Gestion des cigarettes seul			
Si non, combien par jour			
Allergie			
Traitement médical			
Prise des médicaments en autonomie.			
Soins infirmiers			
Si oui, lesquels et fréquence			

Votre médecin traitant : Tel

Votre n° de Sécurité Sociale :

.....

Informations importantes :

Il vous est demandé de venir en séjour avec des piluliers nominatifs ainsi que les ordonnances correspondantes (avec le nom des molécules actives pour les séjours à l'étranger) . Il faut prévoir la quantité de médicaments nécessaire à la durée du séjour + **1 jour supplémentaire**.

Pour la location de matériel médical et les soins infirmiers, il faut obligatoirement venir avec l'ordonnance de votre médecin et votre carte vitale (et carte de complémentaire si besoin).

Traitement médical (à compléter obligatoirement)

Médicament	Matin	Midi	Soir	Nuit

Renseignements généraux

	Oui	Non	Précisions	
Vous pouvez lire				
Vous pouvez écrire				
Vous baigner en piscine accompagné				
Vous baigner en mer accompagné				
Vous savez nager				
Monter sur un cheval*				
Prendre l'avion*				
Aller dans un sauna accompagné *				
Aller dans un hammam accompagné *				
Recevoir un modelage (massage) relaxant et non thérapeutique par un professionnel *				

* Merci de joindre les certificats médicaux pour ces activités.

Vos centres d'intérêts :

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

Autres remarques importantes :

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

Personne(s) ayant rempli cette fiche de renseignements :

.....
.....