

Dossier médical

A faire remplir et signer par le médecin traitant et à joindre au dossier d'inscription

NOM et Prénom du vacancier : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

Ce dossier doit comporter :

- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photocopie de la dernière prescription médicale

Coordonnées du médecin traitant : _____

Description aussi précise que possible du handicap : _____

Précisions :

Malvoyant	Non voyant	Malentendant	Sourd	Physique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dénomination de la ou des pathologies : _____

Antécédents médicaux et chirurgicaux : _____

A-t-il déjà eu :

- des épisodes de sub-occlusion : OUI NON
- des épisodes d'occlusion : OUI NON

Si oui, nous fournir une fiche de suivi du transit.

Un traitement est-il administré pendant le séjour ? OUI NON

Si oui, l'ordonnance récente est valide devra être jointe le jour du départ

Merci de joindre la quantité de médicaments nécessaire pour la durée du séjour sous pilulier.

Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? OUI NON

Comment la prise de médicaments se fait-elle en cas de troubles alimentaires ? Préciser (ex : ouvrir les gélules ..) : _____

Est-il sujet à des crises comitiales ? OUI NON
(voir tableau protocole)

Allergies connues : OUI NON
(voir tableau protocole)

A-t-elle un moyen de contraception : OUI NON / Mode contraceptif : _____

Peut-il consommer de l'alcool ? OUI NON
Rencontre-t-il des problèmes liés à l'alcool ? OUI NON

Baignade autorisée : OUI NON

Souffre-t-il d'hypersialorrhée (sécrétion surabondante de la salive) ? : OUI NON

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ? OUI NON

SOINS

Le vacancier a-t-il besoin d'un professionnel de santé pendant le séjour (hors administration du traitement quotidien) : OUI NON

Si oui, lesquels (**joindre les ordonnances**)

Infirmière préciser : _____

Kiné préciser : _____

Autres préciser : _____

MATÉRIEL

A-t-il besoin pendant le séjour : (**merci de joindre les ordonnances correspondantes**)

Lit médicalisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Barrières <input type="checkbox"/> Matelas ordinaire (qui s'adapte sur un lit médicalisé) <input type="checkbox"/> Matelas spécifique <input type="checkbox"/> type de matelas : _____ (le matelas anti-escarre sera à la charge du vacancier) Contention : au lit <input type="checkbox"/> au fauteuil <input type="checkbox"/>
--	---

Lève-personne : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, précisez le type de filet : _____
--

Matériel de transfert : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui précisez le type de matériel : _____ (ex : disque ou verticalisateur) :
--

Chaussettes ou bas de contention :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---

Protocole médical en cas d'urgence ou « si besoin »

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier : crises, règles douloureuses, maux de transport etc...

SITUATIONS	Signes d'appels (exemple : gonflement, plaques rouges, violence...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir Médicaments et dose à administrer Position à privilégier
Allergie, préciser :			
Épilepsie			
Gestion de troubles du comportement, préciser :			
Asthme			
Menstruations			
Constipation			
Autres, préciser :			

Remettre au responsable de séjour au moment du départ **l'ordonnance originale et le traitement** avec la mention « si besoin »

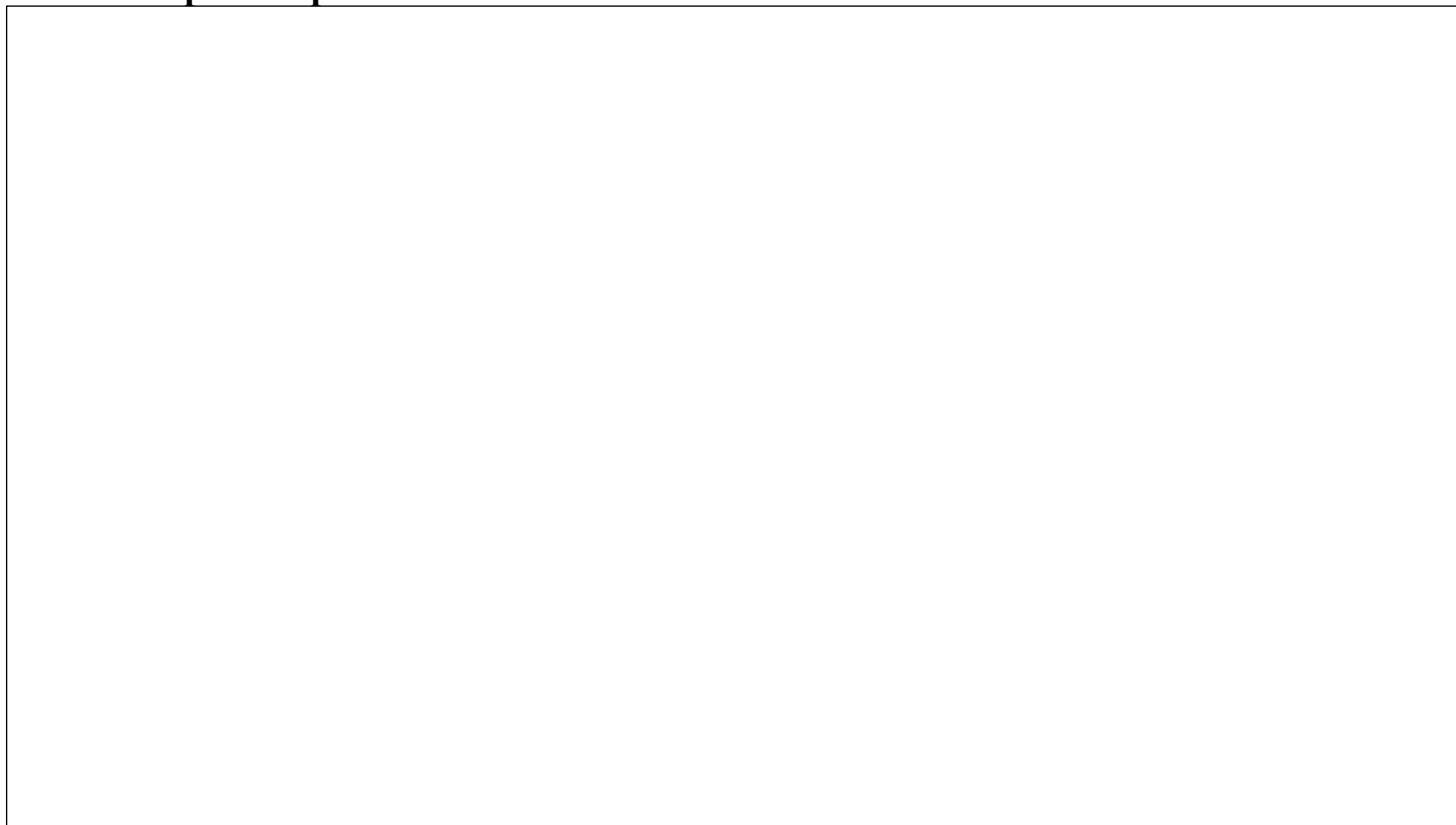
Je soussigné, Docteur certifie que **l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.**

Certifié exact le à

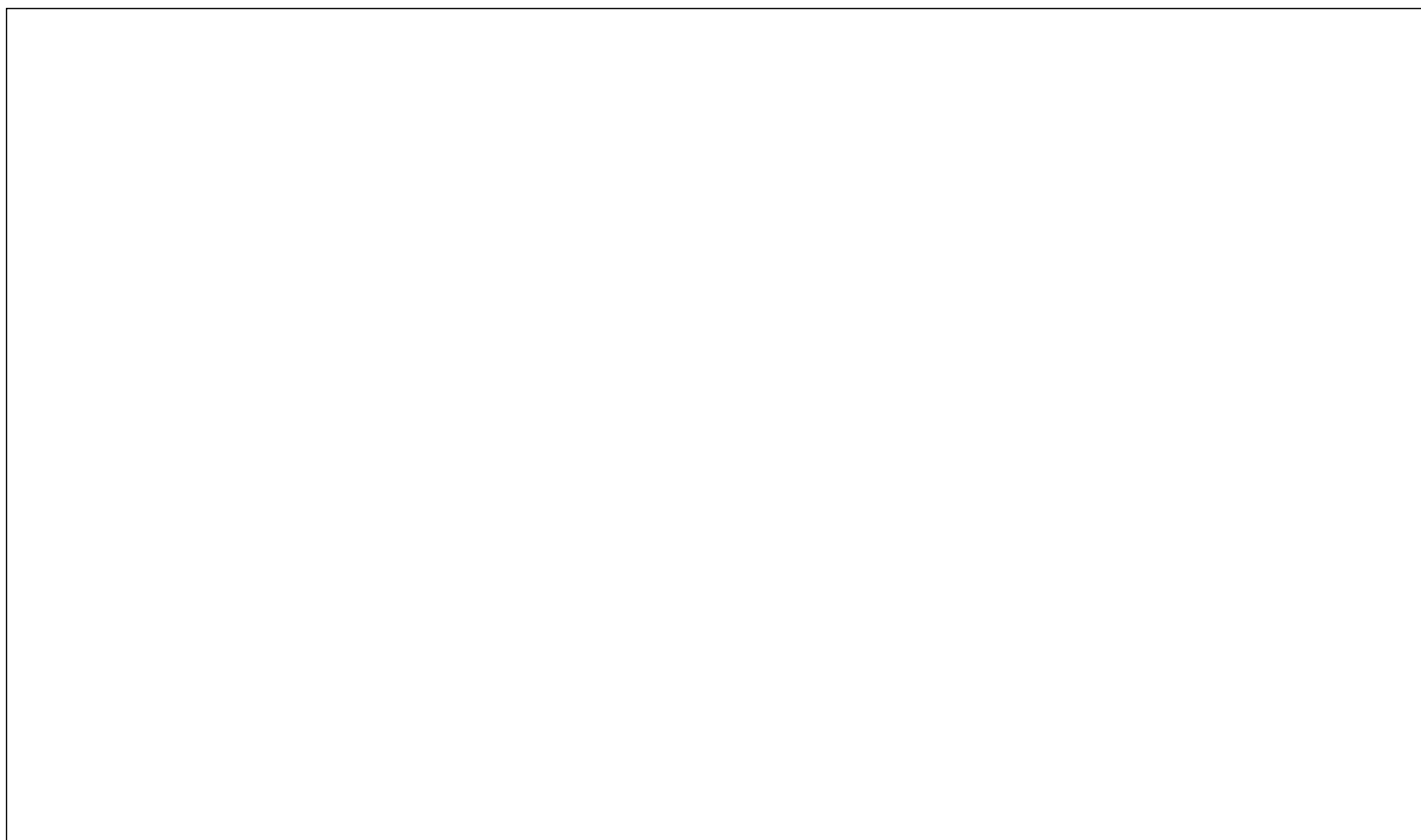
Signature et cachet :

Pour que votre dossier à l'APAJH Meuse soit complet, il doit contenir les éléments suivants :

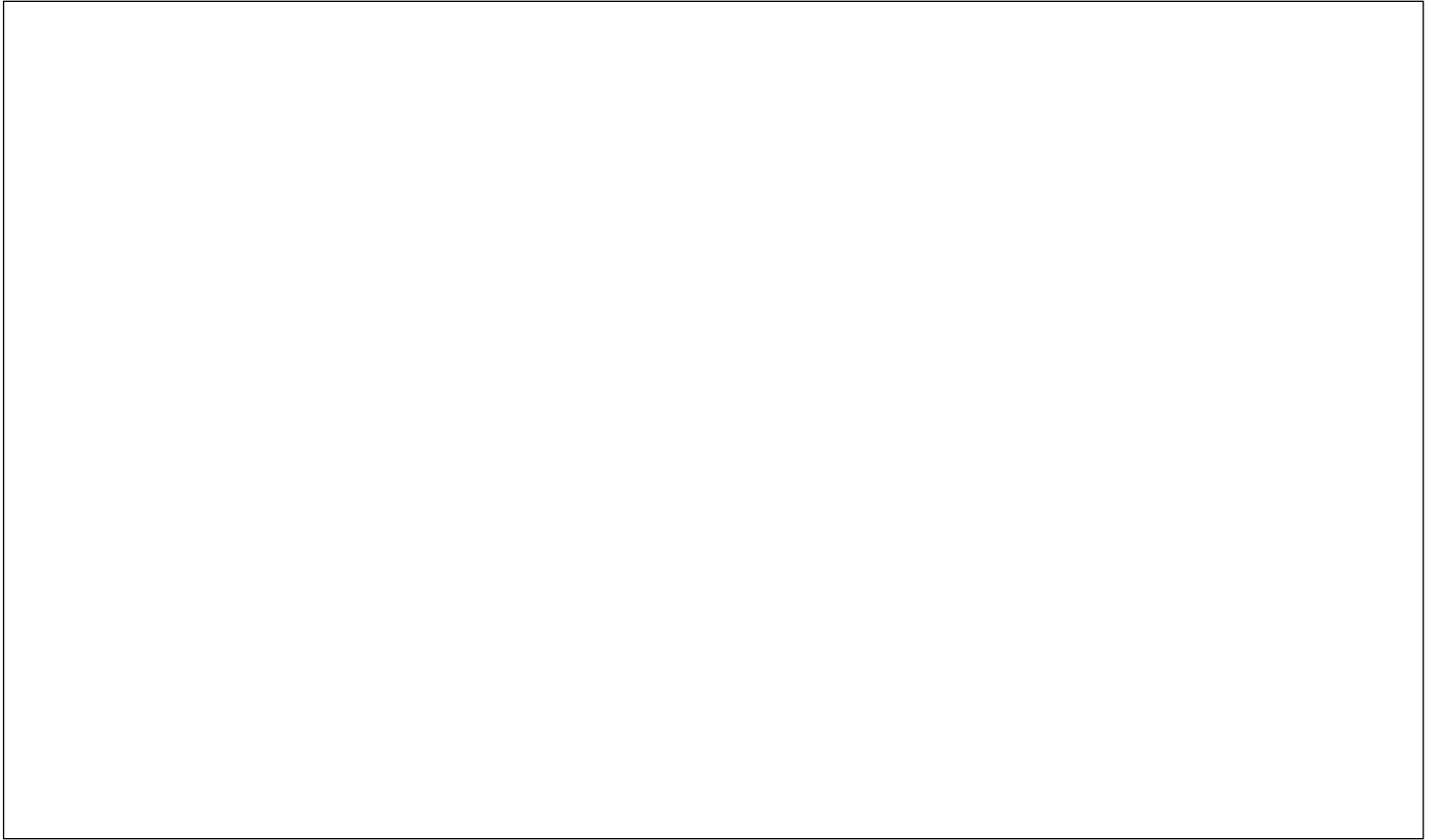
Collez ici : photocopie de la carte d'identité



Collez ici : photocopie de la carte d'invalidité



**Collez ici : photocopie de l'attestation de sécurité sociale en cours de validité
(Ne pas coller la photocopie de la Carte Vitale)**



Collez ici : photocopie de la carte mutuelle ou son attestation



Nous disposons d'une plateforme sécurisée, n'hésitez pas à nous contacter pour connaître la procédure.