



## DOSSIER DE RENSEIGNEMENTS

Fiche « Identité »	2
Fiche « Informations médicales »	3
Fiche « Besoins personnalisés »	4
Fiche « Loisirs et Intérêts »	14
Fiche « Pratique »	15

### FICHE « IDENTITE »

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de Naissance :** .....

**Précision du handicap :** .....

**Lieu(x) de vie (domicile, établissement ...) :** .....

**Si établissement, quel mode d'accompagnement :** Externat  Internat

**Adresse(s) postale(s) :** .....

.....

.....

**Adresse mail :** .....@.....

**Téléphone(s) :** .....

**Personne(s) à contacter en cas de nécessité et/ou de besoin :** .....

.....

**Lien avec le vacancier (famille, tuteur...) :** .....

**Téléphone(s) :** .....

**Mode de protection du vacancier :**

Curatelle simple  Tutelle  Curatelle renforcée  Sans mesure de protection

**Je suis adhérent APAJH :** OUI  NON  *Si OUI, dans quel Département :* .....

**A qui envoyer les factures**

**Nom/Prénom :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Adresse mail :** .....@.....

**Téléphone :** .....

**FICHE « Informations médicales »**

**N° Sécurité sociale :** .....

**Antécédents médicaux : (maladies, accidents...)** .....

.....

**Interventions chirurgicales récentes (moins d'1 an) :** .....

.....

**Précautions particulières (problèmes cardiaques, pulmonaires...)** : .....

.....

.....

**Traitement permanent :** OUI  NON

**Fréquence :** Matin  Midi  Soir

**Prise de(s) médicament(s) :** Autonomie dans la prise  Suppléance totale

Le vacancier bénéficie-t-il d'une prise en charge thérapeutique particulière ?

OUI  NON

Si oui, acceptez-vous que nous prenions contact avec ce praticien ?

OUI  NON

Si oui : Numéro de téléphone et Nom du Praticien : .....

Médecin traitant : .....

Numéro de téléphone : .....

## FICHE « Besoins personnalisés »

### ALIMENTATION

➤ Autonomie avec surveillance

➤ Aide partielle

○ Aide(s) technique(s)

*Si oui préciser lesquelles (exemple : assiette creuse, petite cuillère....) : .....*

.....

.....

.....

➤ Suppléance totale

➤ Troubles de la déglutition

➤ Régime : Normal  Hypocalorique  Sans fibres

Religieux  Hypercalorique

*(Si religieux, à préciser : .....) )*

➤ Texture : Normale  Hachée  Mixée

➤ Contre-indication(s) (*précisez*) : .....

.....

.....

➤ Allergie(s) (*précisez*) : .....

.....

.....

### HYDRATATION

➤ Aide

➤ Suppléance totale

➤ Surveillance

➤ Spécificités

Liquide gélifié

Quantité maximum (*nombre de verre*) : .....

Quantité minimum (*nombre de verre*) : .....

Fréquence (*répartition dans la journée*) : Matin ..... verre(s)

Midi.....verre(s)

Après-midi ..... verre(s)

Soir..... verre(s)

## ELIMINATION

- Autonomie
- Accompagnement aux toilettes
- Incontinence :
  - Enurésie : Jour  Nuit
  - Encoprésie : Jour  Nuit
- Aides techniques :
  - Port d'anaform : Jour  Nuit
  - Port de protection : Jour  Nuit
  - Pénilex : Jour  Nuit
  - Sonde urinaire
  - Utilisation d'urinal
  - Utilisation chaise percée

## CONSTIPATION

- Laxatifs oraux : Quotidiens  Ponctuels
- Laxatifs par voie rectale : Suppositoire glycérimé  Microlax  Normacol
- Massages abdominaux

## HYGIENE ET CONFORT

### 1- HABILLAGE

- Autonomie à l'habillage avec surveillance
- Aide à l'habillage et au déshabillage
- Suppléance totale à l'habillage

### 2- TOILETTE

- Aide à la toilette
- Suppléance totale à la toilette
- Massage trophique préventif
- Aides techniques à la toilette :
  - Chariot douche
  - Chaise pour la toilette

## LOCOMOTION

- Se déplace seul
- Fatigable  Endurant
- Suppléance dans les déplacements :
  - FRE  FRM  Déambulateur
- Accompagnement par une tierce personne
- Autre matériel utilisé :
  - Lève personne  Verticalisateur
- Usage des bras :
  - Autonomie  Aide/accompagnement  Suppléance totale
- Surveillance spécifique des risques de chute 
  - Sangle de maintien
  - Autre(s) consigne(s) de sécurité : .....
  - .....
  - .....

## SEXUALITE

Comportement en rapport avec la sexualité : *Que devons-nous connaître ?*.....  
.....  
.....  
.....

## COMMUNICATION

- Verbale
  - Non verbale
  - Synthèse vocale
  - Pictogramme
  - Autre : .....
- Sait lire : OUI  NON
- Sait écrire : OUI  NON

## SOMMEIL

- Dort bien
- Insomnie
- Agitation
- Somnifère
- Accompagnement pour la sieste ou le coucher
- Suppléance totale pour le coucher
- Installation pour le coucher :
  - Lit médicalisé  Potence  Barrières de sécurité
  - Installation spécifique de nuit  Pieds surélevés

Heure du coucher : .....

Heure du lever : .....

Sieste : OUI  NON  Sur demande

## ETAT SENSORIEL

- Audition : Normale  Affaiblie  Port de prothèses  Surdité
- Vue : Normale  Corrigée  Port de lunettes  Affaiblie  Cécité

## CONFORT PSYCHIQUE

- Troubles de la personnalité :
  - Capable de relation harmonieuse avec le groupe
  - Repli sur soi important
  - Supporte la vie en groupe mais a besoin d'isolement
  - Recherche la relation privilégiée individuelle
- Troubles de l'humeur : Stable  Variable  Triste  Gai(e)
- Troubles du comportement :
  - Auto agressivité  Hétéro agressivité
  - Facteur(s) déclencheur(s) : .....
  - .....
  - .....

## RESPIRATION

Normale  Assistance  Appareillage spécifique : .....

**Fournir les spécificités pharmaceutiques en cas de crise :** .....

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

## EPILEPSIE

OUI  NON

Si OUI, fréquence des crises : Rares  Fréquentes  Périodiques

Date de la dernière crise : .....

Traitée  Protocole d'urgence

Crise(s) nocturne(s) : OUI  NON

## ENVIRONNEMENT

➤ En extérieur :

Attentif à son environnement  Dispersé  Inconscient

Lui donner la main  Peut marcher seul  Peut partir sans prévenir

## COMPLEMENTS D'INFORMATIONS

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

## FICHE « Loisirs et Intérêts »

➤ Loisirs : Quelles activités pratique-t-il ou a déjà pratiquées ?

Camping                       Equitation                       Ski

Bateau                       Natation                       Autre(s)

Si « autre(s) », précisez : .....

.....

.....

➤ Comment occupe-t-il habituellement son temps libre ? : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Fiche « PRATIQUE »

### IMPORTANT

a/ Ce dossier doit être **renseigné en totalité**.

b/ Chaque **page** doit être **paraphée**.

c/ Les parties qui ne vous concernent pas, vous annoterez « **RAS** » (Rien à signaler).

**Les dossiers renvoyés sans signature et sans prise en compte des points a, b et c, ne seront pas traités.**

Soucieux d'apporter un **accompagnement de qualité** construit autour des **besoins de l'adhérent**, il paraît indispensable de nous transmettre un maximum d'informations.

Les professionnels intervenants dans le cadre du Service Loisirs et Vacances Adaptés (SLVA), ont besoin de ces éléments pour **s'adapter au mieux** aux spécificités de chacun.

Date : ...../...../201.....

Nom, Prénom, Signature : .....  
(précédés de la mention, lu et approuvée)