

MON AUTONOMIE DE DEPLACEMENT

■ Je peux marcher :

- Seul(e) pendant environ ___ h ___ min
- Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
- Je monte et descends seul (e) l'escalier
- J'utilise des cannes ou des béquilles
- Je suis appareillé(e) pour la marche
- toute la journée → _____ heures par jour
- Précisez le type d'appareillage :* _____
- Avec l'aide de quelqu'un
- Lentement
- Je monte et descends seul (e) quelques marches
- J'utilise un déambulateur

- J'utilise un fauteuil (précisez les conditions d'utilisation du fauteuil dans le paragraphe suivant)

■ J'utilise un fauteuil :

- En permanence (à préciser)
- Je ne peux pas me tenir debout → J'ai un appui plantaire (pour les transferts,...)
- Occasionnellement (pour les sorties, la pratique d'activités sportives, ...) et j'emmène mon fauteuil pour le séjour (cochez les cases en fonction du type de fauteuil utilisé)

Je manœuvre seul(e) :

En fauteuil manuel

En fauteuil électrique

- | | | | | |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| → A l'intérieur : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |
| → A l'extérieur : | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non | <input type="radio"/> oui | <input type="radio"/> non |

MON AUTONOMIE GESTUELLE

- | | <u>Seule</u> | <u>Aide partielle</u> | <u>Aide totale</u> |
|---|--|--|-----------------------|
| → Je me lève et je me couche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Je fais ma toilette | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Je me douche/baigne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Je me rase | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Je m'habille | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| → Je mange | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Avec des couverts ordinaires | <input type="checkbox"/> Avec mes propres couverts | <input type="checkbox"/> Uniquement à la cuillère | |
| → Je bois | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Au verre | <input type="checkbox"/> Avec mon propre verre | <input type="checkbox"/> Avec une aide technique (Paille, ...) | |

Précisions supplémentaires concernant votre autonomie et vos habitudes (aide d'une tierce personne, ...)

MATÉRIEL

Pour mon séjour :

- J'apporte mon matériel personnel (matériel spécifique anti-escarres, ...)

J'ai besoin de louer du matériel (*fournir les prescriptions pour la location*)

ALIMENTATION

Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?

Oui

Non

→ Si oui, lesquels : _____

→ Pourquoi ? _____

Mode d'alimentation : normal

haché menu

mixé

par sonde

Je suis sujet aux fausses routes :

avec aliments solides

avec liquides

non

Je suis un régime alimentaire ?

Oui

non

Si oui :

rigoureux

souple

RYTHME DE VIE

Je peux sortir toute la journée en excursion

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de ____ heures

Avez-vous l'habitude de pratiquer des activités hors de votre lieu de vie pendant l'année ? Oui Non

Si oui, de quel type (pratique activités sportives, sorties, balades,) _____

Et à quelle fréquence ? _____

Avez-vous besoin d'une aide nocturne ? Oui Non

Si oui, de quel type : Retournement, changement de position _____ fois par nuit

Autre (préciser) : _____

MES LOISIRS

• Indiquez vos passe-temps et loisirs favoris (ex : travaux manuels, informatique, balades, ...)

• Je pratique une/des activité(s) sportive(s) (même occasionnellement) :

Si oui, laquelle/lesquelles : _____

• Je peux nager :

Seul(e)

avec une aide

avec une bouée

Complexe Euroméditerranéen VAO - 2 Rue du Centre - 48100 MONTRODAT

04.66.49.58.58 – gevaudan.vao@a2lfs.fr

N° ATOUT France IM048160001

DOSSIER MEDICAL : ETAT DE SANTE

- **Origine du handicap** (diagnostic médical, circonstances de survenue) :

- **Vaccination antitétanique** : date du dernier rappel _____

- **Poids approximatif de la personne** : _____ kg

- **Principaux antécédents médicaux/chirurgicaux ou psychiatriques** :

- **Hospitalisation ou opération** : oui Si oui, précisez : _____ non

→ Depuis 1 an : _____

→ Prévues : _____

DEFICIENCES ASSOCIEES (au handicap initial)

- **Motrices**, qui affectent :

- Un membre supérieur (droit ou gauche)
 Les deux membres supérieurs
 Un membre inférieur (droit ou gauche)
 Les deux membres inférieurs
 Une partie ou la totalité du tronc

- **Sensorielles** : auditives, préciser : _____

Visuelles, préciser : _____

- **Cardiaques** : (pathologie, précautions, traitements – joindre l'ordonnance) _____

- **Respiratoires**

Aucun problème Précautions (sensibilité aux infections, altitude, effort)

Trachéotomie

→ **Ventilation assistée**

Permanente

Intermittente ou nocturne

→ **Oxygène**

Permanent

intermittent

Commentaires

■ Urinaires

Mode de miction :

- Normal (sur WC) urinal ou bassinétui pénién + poche protection (couches)
 Sonde à demeure : si oui, changement tous les _____semaine(s)
 Stomie urinaire, fréquence _____f/semaine
 Auto-sondage, si oui : _____f/jour sondage par un tiers, si oui : _____f/jour

Quelque soit le mode miction :

- Assure seul en toutes circonstances (voyage...) ses mictions et l'hygiène attenante
 Aide partielle ou dans certains cas Aide importante ou totale par un tiers

Quelque soit le mode miction, des fuites surviennent :

- Jamais ou exceptionnellement Parfois Tous les jours ou presque La nuit

■ Intestinales

Mode d'élimination des selles :

- Normalement, sur WC Sur bassin ou siège adapté Protection(s)
 Utilise des produits locaux (type microlax©) Lavements (type normacol©)
 Fréquence : _____f/sem
- Exonération digito-rectale (doigtier) Stimulation anale Stomie digestive

Quelque soit le mode d'élimination des selles :

- Assure seul ce mode de défécation Aide partielle ou dans certains cas
 Aide importante ou totale Par un tiers

Quelque soit le mode d'élimination, des fuites surviennent :

- Jamais ou exceptionnellement Parfois Tous les jours ou presque La nuit

■ Cutanées

- Aucun Risque
 Précautions préventives : _____

- Escarre actuelle** : Préciser stade, localisation et soins) : _____

■ Viscérales autres (rénales, endocriniennes, ...) préciser : _____

■ Epilepsie

- **Comitialité** : aucune stabilisée (traitement équilibré, absence de crises)
 Non stabilisée (crises possibles)

→ Si comitialité, fréquence des crises :

- Très rares (1/mois) peu fréquentes (<1/semaine) fréqntes (>1/semaine)
 Très fréquentes (tous les jours)

→ Type de crise : _____

■ **Déficience mentale / troubles cognitifs**

- Aucune déficience mentale
- Retard mental : Léger (aptitudes pratiques – Acquisition de la lecture et notions d'arithmétique)
 - Moyen (acquisition de notions simples de communication, d'habitudes d'hygiène et de sécurité élémentaire - habileté manuelle simple. Pas d'acquisition de la lecture ou d'arithmétique)
 - Sévère (Apprentissage de certains gestes simples concernant les membres inférieurs, supérieurs et la mastication)

→ ***Troubles neuropsychologiques (mémoire, attention, orientation, syndrome frontal, ...)***

- Type de troubles : _____
- Conduite à tenir : _____

→ ***Troubles du comportement – difficultés en collectivité (réactions inappropriées, agressivité, fugues, ...)***

- Type de troubles : _____
- Conduite à tenir : _____

→ ***Troubles de l'humeur – Traitement psychiatrique en cours***

TRAITEMENTS INDISPENSABLES ET SOINS PENDANT LES VACANCES

■ **Traitement médicamenteux (joindre une copie de l'ordonnance)**

→ ***Nature du traitement (spécialités, posologie) et copie ordonnance actuelle :*** _____

→ ***Soins particuliers (injections, ...)*** _____

→ ***Prise du traitement :*** Peut prendre seul son traitement doit être donné par un tiers

■ **Kinésithérapie**

- Aucune Peut être interrompue pendant la durée du séjour
- Doit être poursuivie (**ordonnance nécessaire**). **Type et fréquence :** _____

■ **Précautions – contre-indications**

- Alcool (interférence médicamenteuse) :
- Anesthésie (précautions, contre-indications) :
- Allergies (médicaments, aliments, contact ...) :
- Régime alimentaire / alimentation adaptée :
- Moyen de transport (avion, bateau, route, ...) :
- Baignade accompagnée (précautions éventuelles) :
- Recommandations particulières : _____