

FICHE D'AUTONOMIE PMR

Le Complexe Euroméditerranéen s'engage sur une « démarche-qualité » du contenu et du déroulement de ses prestations. Afin de vous proposer un séjour qui puisse répondre au mieux à vos besoins et attentes, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire.

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : () () ()

Adresse :

.....

Téléphone : Email :

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Caisse d'affiliation :

Est-il pris en charge à 100 % : OUI NON

Je vis : Seul En couple En famille En établissement

Je bénéficie d'un régime de curatelle ou de tutelle : Oui Non

Si oui, lequel : Tutelle Curatelle

Si oui, indiquez les coordonnées de la personne responsable ou de l'organisme de tutelle :

Nom, Prénom : Téléphone :

Adresse :

.....

Je viendrais au séjour en :

Fauteuil roulant

Avec un fauteuil électrique pliant

Avec fauteuil manuel pliant

Avec un fauteuil électrique non pliant

Avec un fauteuil manuel non pliant

Avec déambulateur Canes / Béquille

MA COMMUNICATION

J'ai l'usage de la parole

Si oui, de façon : Ordinaire Difficile Très difficile

Je n'ai pas l'usage de la parole

J'utilise des accessoires : OUI NON

Si oui, lesquels : Pictogramme Alphabet Ordinateur de synthèse

Je possède mon propre langage (code), par signes ou onomatopées : OUI NON

(Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une notice explicative).

MON AUTONOMIE DE DÉPLACEMENT

Je peux marcher :

	Seul(e)	Avec aide
Je marche (pendant environ ___h___min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je monte et descends seul(e)s les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je monte et descends seul(e)s quelques marches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	À allure normale	Lentement
Je marche seul(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je marche avec aide :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'utilise un appareil : OUI NON

Si oui, précisez le type d'appareillage :

Toute la journée _____ heures par jour

J'utilise un fauteuil :

Je ne peux pas me tenir debout OU J'ai un appui plantaire (pour les transferts,...)

J'utilise en permanence un fauteuil OU **Occasionnellement** (pour les sorties, la pratique d'activités sportives, ...) et j'emporte mon fauteuil pour le séjour

Je manœuvre seul(e) OU J'ai besoin d'aide Si je manœuvre seul(e) : En intérieur En extérieur

MON AUTONOMIE GESTUELLE

	Seule	Aide partielle	Aide totale
Je me lève et je couche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais ma toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je fais ma douche / baigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je m'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avec des couverts ordinaires <input type="checkbox"/> Avec mes propres couvertes <input type="checkbox"/> Uniquement à la cuillère			
Je bois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Au verre ordinaire <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,...).....

.....

.....

.....

MON MATÉRIEL

Pour mon séjour :

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

.....

.....

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

MON 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 ? Non Avec aliments solides Avec aliments liquides

Je suis un régime alimentaire ? OUI NON

Si oui, Rigoureux Souple

MON 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 ? (sportives, sorties, balades,...) -----

À quelle fréquence : -----

Avez-vous besoin d'une aide de nuit : OUI NON

Si oui de quel type ?

Retournement, changement de position _____ fois par nuit

Autre (précisez) : -----

MES LOISIRS

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

Je pratique une/ des activité(s) sportive(s) : OUI NON

Si oui, laquelle / lesquelles : -----

Je peux nager : OUI NON

Si oui, : Seul(e) Avec une bouée Avec aide

DOSSIER MÉDICAL : ÉTAT DE SANTÉ

• **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 NON Si oui, précisez :

→ Depuis 1 an : -----

→ Prévus : -----

DÉFICIENCES ASSOCIÉES (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, précisez : -----

Visuelles, précisez : -----

• **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

Non

Remarques : -----

• **Urinaires** :

Mode de miction :

Normal (sur WC)

Urinal ou bassin étui pénien + poche

Protection (couches)

Sonde à demeure. Si oui, changement tous les : ----- semaine(s)

Stomie urinaire, fréquence ----- f/semaine

Auto-sondage, si oui ----- f/semaine

Sondage par un tiers, oui ----- f/semaine

Quel que soit le mode de miction :

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

Quel que soit le mode de miction, les fuites surviennent :

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

• Intestinales :

Mode d'élimination des selles :

- Normalement sur WC, bassin ou siège adapté
- Protection(s)
- Utilise des produits locaux (type Microlax ©)
- Lavement (type Normacol ©). Si oui, ----- f/semaine
- Exonération digito-rectale (doigtier)
- Stimulation anale
- Stomie digestive

Quel que soit le mode d'élimination des selles :

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

Quel que soit le mode de miction, les fuites surviennent :

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

• Cutanées : Aucun Risque

Précautions préventives : -----

Escarre(s) actuelle(s) (précisez stade, location et soins) : -----

• Viscérales autres : (rénales, endocriniennes,...) précisez : -----

• Épilepsie

→ **Comitialité :** Aucune Stabilisée (traitement équilibré, absences de risques) Non stabilisée (crise possible)

Si comitialité, fréquence des crises : Très rares (1/mois) Peu fréquente (<1/semaine) Très fréquente (>1/semaine)

Type de crise : -----

• Déficience mentale / Troubles cognitifs

Aucune

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,...)

Types de troubles : -----

Conduite à tenir : -----

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

Types de troubles : -----

Conduite à tenir : -----

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

TRAITEMENTS INDISPENSABLES ET SOINS PENDANT LES VACANCES

• **Traitements médicaux (joindre l'ordonnance)**

Nature du traitement (spécialités, posologie) et copie de l'ordonnance actuelle : -----

Soins particuliers (injections,...) : -----

Prise de traitement : Peut prendre son traitement seul 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 : -----

