



## 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

## 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**

\_\_\_\_\_



### ■ **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 : \_\_\_\_\_