12 – FICHE RECAPITULATIVE DES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX & INDICATION DES HABITUDES DE VIE

NOM : ***Prénom :***

Anniversaire pendant le séjour: OUI/NON

TRAITEMENT :

Voir fiche d'aide à la prise de médicaments

PATHOLOGIE :

(Merci de cocher les cases correspondantes)

RISQUE DE FAUSSE ROUTE ALIMENTAIRE ☐

précautions :

PROBLÈMES CARDIAQUES : ☐

EPILEPTIQUE : ☐

Stabilisé : OUI / NON

Protocole en cas de crise :

DIABETIQUE : ☐

PROBLEMES RESPIRATOIRES : ☐

Lesquels ? :

REGIME ALIMENTAIRE

HYPOCALORIQUE :	☐	HYPOCHOLESTEROL :	☐
PAUVRE EN SEL :	☐	ALIMENTS MIXES FINS :	☐
ALIMENTS MIXÉS :	☐	BOISSON GELIFIEE :	☐
HYPERPROTEINE :	☐	HYPOPROTEINE :	☐
ALIMENTS MIXÉS LISSES :	☐	APPAREILLAGE POUR REPAS :	☐
VIGILENCE QUANTITE	☐	*Lequel ? :*	
HALAL	☐	CASHER	☐
SANS-PORC	☐	VEGETARIEN	☐

INCONTINENCE

PROTECTION DE JOUR :	☐	PROTECTION DE NUIT :	☐
PROTECTION POUR SORTIE	☐	PROTECTION CONTRE-INDIQUÉE	☐
PENILEX	☐		

CONTRE INDICATIONS

A LA BAIGNADE :	☐	AU TABAC :	☐
Si non, sait-il nager ?		A L'ALCOOL :	☐
AU CAFÉ :	☐ *:*		

ALLERGIES

A CERTAINS MEDICAMENTS	☐	Lesquels ? :
A CERTAINS ALIMENTS	☐	Lesquels ? :

PREFERENCE(S)

(N'hésitez pas à vous renseigner par téléphone auprès de l'établissement ou de la famille si vous n'avez pas d'informations là-dessus)

Aliments ou plats que le vacancier n'aime pas :

-
-

Aliments ou plats que le vacancier apprécie :

-
-

Activités qu'il aime particulièrement ou qu'il souhaite faire pendant le séjour :

-
-

Activités à éviter avec ce vacancier :

-
-

OBJET(S) OU MATERIEL(S) PARTICULIER(S) PROPRE(S) AU VACANCIER

LUNETTES :	☐	CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES	☐
FAUTEUIL :	☐	APPAREIL DE RESPIRATION NOCTURE	☐
Précisez :			
AUTRES :	☐	DENTIER(S)	☐

ACCOMPAGNEMENT PROPRE AU VACANCIER

POUR LA DOUCHE	☐	POUR LES WC	☐
POUR SE LAVER LES DENTS	☐	POUR LE REPAS	☐
POUR LA SOCIALISATION	☐		

Précisez les raisons (élocutions, compréhensions, etc) :

SOMMEIL

SE LEVE TÔT	☐	FAIT LA SIESTE	☐
SE LEVE TARD	☐	APPAREILLAGE POUR DORMIR	☐

MEMOS COMPORTEMENT(S) PARTICULIER(S) OU HABITUDES DE VIE À RESPECTER

-
-
-
-
-