



Fiche confidentielle valable au jour de sa signature. En cas de modification de l'état de santé du participant, remplir un nouveau formulaire.

Le participant

Nom : Prénom :

Sexe (M/F) : Né(e) le :/...../.....

N° de sécurité sociale :

Taille : Poids : Groupe sanguin :

Sens

Déficience auditive : oui non

- si oui, légère moyenne complète

- est appareillé : oui non

Si oui, précisez :

- le gère seul : oui non

Déficience visuelle : oui non

- si oui, légère moyenne complète

- est appareillé : lunettes lentilles

Autres déficiences sensorielles : oui non

Si oui, précisez :

.....
.....

Prothèse et appareillage médical

Prothèse dentaire : oui non

- le gère seul : oui non

Matériel orthopédique : oui non

- si oui, précisez :

.....
.....

- le gère seul : oui non

Autres, précisez :

.....
.....

Médical

Vaccination à jour : oui non

- Date des derniers rappels :

.....

Est-il **épileptique** : oui non

Si oui, est-il stabilisé : oui non

- précisez :

.....

Est-il **diabétique** : oui non

Si oui, a-t-il besoin d'injections : oui non

- fait par une infirmière par lui-même

A-t-il des **problèmes cardiaques** :

oui non , précisez :

.....

Souffre-t-il d'**allergies** : oui non

- précisez :

.....

A-t-il de l'**asthme** : oui non

-si oui, a un traitement : oui non

- le gère seul : oui non

Suit-il un **régime alimentaire** : oui non

Si oui, précisez :

.....

.....

-mange mixé : oui non

-mange pré-haché : oui non

Médical (suite)

Contre-indications particulières : oui non

- Si oui, précisez :

.....

.....

Utilise un **moyen contraceptif** : oui non

- lequel :

- le gère seul : oui non

Interventions chirurgicales récentes :

oui non

- Si oui, précisez (avec la date) :

.....

.....

.....

.....

Traitement médical régulier

Le participant suit un traitement médical régulier (si oui, indiquer la posologie dans le tableau) :

Oui non Le prend seul : oui non

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher	Autres

Pour une prise en compte des soins, remettre au responsable du séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et les piluliers nominatifs.

Protocole médical en cas d'urgence

Si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas de traitement régulier (crises, règles douloureuses, maux des transports...), veuillez préciser ici les éléments déclencheurs et la conduite à tenir :

.....

.....

Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus nécessitent-ils un appel d'urgence à une assistance médicalisée : oui non

Si oui, un contact est-il à privilégier (SAMU, médecin traitant spécialiste...) : oui non

Précisez :

Remettre au responsable du séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et un pilulier nominatif dédié à ce traitement « en cas d'urgence ».

Je soussigné(e), Docteur certifie que **l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non – médicalisé.**

Certifié exact le à Signature et cachet :