



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

PARTICIPANT					
Prénom		Nom			
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
No. assurance maladie		Expiration			
Le participant possède-t-il une assurance médicament ?	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Autre(s) :				
Vaccin antitétanique (tétanos)	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Date :		
Le participant souffre-t-il d'une des conditions/maladies suivantes :					
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Indigestion	<input type="checkbox"/> Manque d'appétit	<input type="checkbox"/> Boulimie	<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Trouble cardiaque
<input type="checkbox"/> Trouble urinaire	<input type="checkbox"/> Sida / VIH	<input type="checkbox"/> Hépatite	<input type="checkbox"/> Maladie de peau	<input type="checkbox"/> Diabète (fournir le régime alimentaire)	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Contrôlée	<input type="checkbox"/> non-contrôlée (fournir le rapport médical expliquant la manifestation et signaler les dernières crises)			
Le participant souffre-t-il d'incontinence	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI (obligatoire)			
ALLERGIES médicaments	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI, précisez :			
ALLERGIES aliments	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI, précisez :			
Possède un Épipen	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	Autres allergies :		
Le participant a-t-il un appareil auditif	<input type="checkbox"/> Implant cochléaire <input type="checkbox"/> Prothèse auditive			<input type="checkbox"/> Autre :	
Type de communication :	<input type="checkbox"/> LSQ	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> ASL	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Pictogrammes <input type="checkbox"/> Non verbal
Nom des autres maladies ou handicaps					
<hr/> <hr/> <hr/>					
Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)					
<hr/> <hr/> <hr/>					
Autres informations pertinentes					
<hr/> <hr/> <hr/>					
Le participant a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou d'infection quelconque?					
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, si oui à quel moment ?					



À L'ÉTAT *naturel*

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600
MON-CAMP.CA



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

AUTONOMIE				
S'habiller :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :	<input type="checkbox"/> est incapable	
Se laver :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :	<input type="checkbox"/> est incapable	
Aller à la toilette :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :	<input type="checkbox"/> Rappel	
S'orienter :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :	<input type="checkbox"/> est incapable	
Se déplacer :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :	<input type="checkbox"/> est incapable	
Utilisation d'un fauteuil roulant ou autre appareil de support : <input type="checkbox"/> Oui, précisez :				
ALIMENTATION				
Manger :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :		
Boire :	<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> avec aide, précisez :		
Intolérances ou restrictions alimentaires :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, précisez :		
Présentation des aliments :	<input type="checkbox"/> Tel quel	<input type="checkbox"/> Hachés	<input type="checkbox"/> En purée	<input type="checkbox"/> Liquide
Type de comportement et degré de compréhension des consignes				
Le participant a-t-il ces comportements :				
<input type="checkbox"/> Agressivité envers lui-même	<input type="checkbox"/> Fugue	<input type="checkbox"/> Tendance à s'isoler		
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres	<input type="checkbox"/> hyperactivités	<input type="checkbox"/> Gestes autistiques	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Anxiété
Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle				
Routine importante pour le participant				
Date	Signature			



À L'ÉTAT *naturel*

2464, boul. Perrot, Notre-Dame-de-l'Île-Perrot, QC J7V 8P4 info@mon-camp.ca T 514 453-7600
MON-CAMP.CA