



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			
Antécédents médicaux (portez attention au diagnostic qui justifie le handicap)			
Autres informations pertinentes			
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