



CAMP DE VACANCES ET RÉPITS

FICHE SANTÉ DÉTAILLÉE

PARTICIPANT			
Prénom		Nom	
Date de naissance		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
No. Ass. maladie		Exp.	
Le participant possède-t-il une assurance	<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			
<input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Contrôlée <input type="checkbox"/> non-contrôlée (<i>fournir le rapport médical et signaler les dernières crises</i>)			
Le participant souffre-t-il d'incontinence (obligatoire) : <input type="checkbox"/> oui, de jour <input type="checkbox"/> oui, de nuit <input type="checkbox"/> Non			
ALLERGIES	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI, précisez :	
ALLERGIES	<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	<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
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 ?			





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"/> Opposition <input type="checkbox"/> Anxiété			
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> hyperactivités <input type="checkbox"/> Gestes autistiques			
Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle			
Routine importante pour le participant			
Date		Signature	

