



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		Exp.	
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 rapport médical expliquant manifestation, 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, Québec J7W 2Y9 - 514.453.7600 – info@mon-camp.ca
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"/> Anxiété			
<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autres <input type="checkbox"/> hyperactivités <input type="checkbox"/> Gestes autistiques <input type="checkbox"/> Opposition			
Les éléments qui peuvent déclencher une désorganisation et les stratégies de contrôle			
Routine importante pour le participant			
Date		Signature	



À L'ÉTAT *Naturel*