

Alimentation : Je mange seul Avec aide On doit me nourrir
 Coupé Coupé finement Purée

Doit-on utiliser une technique d'alimentation spéciale : Oui Non
 Si oui, veuillez expliquer : _____

J'utilise des aides à l'alimentation : Oui Je les apporte avec moi
 Si oui, lesquels : _____

Ma compréhension est : Excellente Suffisante Faible

Je m'exprime : Normalement Avec difficulté Par gestes
 Tableau de communication Pictogrammes Je ne m'exprime pas

J'exprime mes besoins : Toujours À l'occasion Jamais

Mes déplacements :
 - Je marche : Seul sans aide Avec aide Avec une marchette
 - Je suis en fauteuil roulant : Manuel Électrique

Si je suis en fauteuil : L'utilisateur doit apporter le fauteuil qu'il utilise normalement et identifier la housse du coussin ainsi que tous les objets mobiles du fauteuil. Le fauteuil doit être en ordre à l'arrivée et le chargeur doit accompagner le fauteuil électrique.

Je me transfère : Seul Avec aide
 On doit me transférer : 1 pers. 2 pers. Lève-personne

No série du fauteuil : _____ Date d'attribution : _____
 Centre d'attribution : _____

Je porte : Une orthèse Une prothèse Lunettes Dentier

J'ai un problème de surdité : Non Oui Je porte des appareils

J'ai une vue : Excellente Suffisante Faible On doit me guider

Je peux faire de l'équitation* : **Oui** **Non** / Raison : _____
 Je peux faire du trampoline* : **Oui** **Non** / Raison : _____
 Je peux participer à la baignade : **Oui** **Non** / Raison : _____
 J'ai besoin d'une veste de flottaison : **Oui** **Non**

****Les séances d'équitation et de trampoline sont adaptées à toutes nos clientèles (déficience physique autant qu'intellectuelle). Nous avons l'équipement et le personnel pour que tout soit sécuritaire et amusant.***

Je me lave : Seul Avec aide On doit me laver
 Privilégier : Douche Bain

Je brosse mes dents : Seul Avec aide On doit me les broser
 Je n'ai pas de dent

Je porte des culottes d'incontinence :
 Jour Nuit En tout temps Jamais

Je m'habille : Seul Avec aide On doit m'habiller

Je dors avec un côté de lit : Oui Non

J'ai des besoins particuliers. Ex : position lors du coucher, positionnement dans le fauteuil, attention lors des transferts, etc. _____

J'ai certaines habitudes (ou peurs) qu'il serait bon de savoir : Ex.: J'ai peur du noir, j'ai peur des animaux, de l'eau, du bruit, etc. _____

Ais-je des troubles de comportement: Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

Ais-je des habitudes particulières ou manies qui ne doivent pas être acceptées ?

Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Suis-je éveillé à la sexualité : Oui Non

Si oui, comment cela se manifeste-t-il : _____

L'utilisation de renforçateur est-il efficace : Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels : _____

Ais-je des réactions marquées face :

Au bruit Au toucher À certaines textures (aliments) Autre

Si oui, expliquer : _____

Quelles sont mes activités préférées ?

Quelles sont les activités problématiques ?

• Toutes autres informations susceptibles de nous aider. Ce qui semble un détail pour vous, peut faire la différence pour nous...



Fiche médicale

(À l'usage exclusif des préposés aux soins, ces informations sont confidentielles)

Nom du campeur : _____ Prénom : _____

Nature de la déficience : _____

Diagnostique (TED): _____

Les usagers du Grand Village doivent « afin d'éviter toutes complications » :

- Apporter les médicaments en quantité suffisante pour la durée du séjour.
- Apporter des culottes d'incontinence (s'il y a lieu) pour la durée du séjour.
(Un minimum de cinq culottes d'incontinence par jour si l'usager doit les porter en tout temps)
- Apporter sa crème solaire (protection 30 et plus).
- Trousse de glycémie complète incluant les bandelettes (pour les diabétiques).

❖ **Informations médicales générales**

No. d'ass. maladie (obligatoire) : _____ Date d'expiration : _____ / _____
mois année

Poids : _____ Kg Lb Grandeur : _____ Mètres Pieds

Groupe sanguin : _____

L'usager a-t-il été hospitalisé dans les 12 derniers mois : Oui Non

Si oui, expliquer : _____

L'usager a-t-il été vacciné contre l'hépatite B : Oui Non

L'usager est-il porteur ou souffre-t-il de l'hépatite B : Oui Non

A-t-il été vacciné contre le tétanos : Oui Non

A-t-il tendance à développer des plaies de pression : Oui Non / Si oui, où : _____

❖ **Médication** : l'usager prend des médicaments : Oui Non

Bien vouloir remplir la feuille de posologie en annexe et la remettre au préposé aux soins lors de votre arrivée avec la carte d'assurance maladie et la dosette contenant la médication de l'usager pour la durée du séjour.

❖ **Autorisation d'administration de médicaments en vente libre**

J'autorise le personnel du camp à administrer, en cas de besoin, un ou plusieurs médicament(s) suivant(s) :

- Acétaminophène (Tylénol, Tempra, etc.)
- Antiémétique (Gravol, etc.)
- Antihistaminique qui agit contre les allergies (Bénadryl, Claritin, etc.)
- Sirop contre la toux (Bénylin, etc.)
- Anti-inflammatoire (Advil, Motrin, etc.)
- Antibiotique en crème (Polysporin, etc.)
- Laxatif (Colace, Sennokot, Glysennide, Métamucil)
- Anti diarrhéique
- Autre : _____

Soins particuliers à savoir (ex : tube rectal, anus artificiel, tendance à régurgiter, tendance à l'étouffement...)

❖ **Nom du médecin du campeur** (en lettres moulées) : _____

Téléphone : (_____) _____ Nom de la clinique : _____

Nom du pharmacien : _____

Téléphone : (_____) _____ Nom de la pharmacie : _____

