**DOSSIER MEDICAL**

*(À remplir par le médecin traitant du vacancier)*

**Ce document est obligatoire pour l’inscription du vacancier**

**Je soussigné, Docteur en médecine,** *(NOM et Prénom du médecin)*

Adresse

Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Certifie avoir examiné ce jour** *(Date) ……………. /……………../ 20……….*

**Madame ou Monsieur (barrer la mention inutile)**

**NOM***: ……………………………………………………………………………………………………………………………….*

**Prénom***:* ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Date de naissance :** ……………………………/……………………………/……………………………….

**NATURE DU HANDICAP – ETAT DE SANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature du Handicap** | **OUI** | **NON** |
| Mental |  |  |
| Moteur |  |  |
| Auditif |  |  |
| Visuel |  |  |
| Polyhandicap  |  |  |
| Traumatismes crâniens  |  |  |
| Maladies dégénératives  |  |  |
| Autisme  |  |  |
| Psychique  |  |  |

**Origine du handicap : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Si troubles du comportement ;** préciser sous quelle forme : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Principaux antécédents **MEDICAUX / CHIRURGICAUX** : ………………………………………………………………………………………………

Hospitalisation ou opération : **OUI / NON** si oui, précisez (date et motif) :

…………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………

Antécédents **Psychiatriques** : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Taille** : ………………. **Poids** : ……………………… **Indice de Masse Corporel** (IMC) : ………………………………………………

**DEFICIENCES ASSOCIEES (AU HANDICAP MOTEUR)**

**Sensorielles :** Auditive : OUI / NON, précisez si port de prothèse : OUI / NON

**Déglutition :** Risque de fausses routes : OUI / NON

Si oui, avec aliments : solides ¨ liquides ¨

**Mode d’alimentation :**

**Normal** :Oui¨ Non ¨

**Haché** : Oui ¨ Non ¨

**Mixé** (précisez si mixer lisse ou pas) : Oui ¨ Non ¨ **Lisse :** Oui ¨ non ¨

**Alimentation entérale** : Oui ¨ Non : ¨

(Si oui pour alimentation entérale protocole et prescription à joindre obligatoirement avec le dossier médical)

**Alimentation par voie orale possible :** Oui¨ Non ¨

**Cardiaques : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Respiratoires :** ¨ Aucun problème ¨Précautions (sensibilité aux infections, altitude, effort)

¨ Asthme

¨ Trachéotomie

¨ Oxygène : de façon intermittente : (¨ Nocturne ¨ Diurne) ¨en permanence

¨ Ventilation assistée (respirateur) : ¨Nocturne ¨Diurne, nombre d’heures : …………………

**Urinaires :**

❑ Normal ❑ Bassin/ Urinal ❑ Étui pénien + poches ❑ Protection
❑ Sonde à demeure, si oui fréquence de changement...............................................

Date du dernier sondage : ..............................

❑ Stomie urinaire fréquence du remplacement : .....................................................................................................................

Type de stomie ❑ BRICKER ❑ MITROFANOFF ❑ Autre précisez : ...............................................................................................................................

❑ **AUTOSONDAGE** si oui ..............................fois / jour ❑ **HETEROSONDAGE** si oui ........................ fois / jour
**Quel que soit le mode de miction :**

❑ Assure seul en toutes circonstances ses mictions et l’hygiène attenante

❑ Aide partielle
❑ Aide importante ou totale ❑ Par un tiers

**Intestinales :**

**Mode d’élimination des selles :** ❑ Normalement ❑ Sur bassin ou siège adapté ❑ Protection

❑ Utilise des produits locaux ❑ Lavement si oui fréquence : .....................................................fois /sem.

❑ Exonération digito-rectale ❑ Lavement antérograde ❑ Stomie digestive

**Quel que soit le mode d’élimination :** ❑ Assure seul ❑ Aide partielle

❑ Aide importante ou totale ❑ Par un tiers

**Cutanée (Existence ou risque d’escarres)**

❑ Aucun ❑ Risque **Précautions préventives :** .............................................................................................................................................................................................................................................

**Escarre ou plaie actuelle** : précisez stade, localisation et soins : .................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................................................. ..................................................

Pas de prise en charge sur nos séjours pour pansements lourds et plaies d’escarre stade III – IV

¨ **Épilepsie :** ¨ Stabilisée ¨ Non stabilisée

 Type de crise

 Fréquence ……………………………………………………………………………………..

 Date de la dernière crise

Prescription et conduite à tenir en cas de crise (joindre protocole) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

¨ **Sujet à des « crises » (quelles qu’elles soient : agressivité, angoisse, etc.)**

Précisez

Conduite à tenir :

**TRAITEMENT MEDICAL** ¨ Oui ¨ Non Préciser:

Matin :

Midi :

Soir :

Coucher :

**Incompatibilités liées au traitement (par ex. exposition au soleil, troubles du sommeil, allergie, ...)**:

¨ **Soins infirmiers/de rééducation nécessaires au cours du séjour**; préciser :

**VACCINATIONS** *\*Joindre un certificat médical de contre-indication en cas de non vaccination*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccins obligatoires** \* | Oui | Non | Dernier rappel | **Vaccins recommandés** | Oui | Non | Dernier rappel |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole |  |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |  |
| *ou* DT Polio |  |  |  | COVID-19 |  |  |  |
| *ou* Tétracoque |  |  |  |  |  |  |  |
| BCG |  |  |  |  |  |  |  |

**MALADIES INFANTILES** *(Le vacancier a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rubéole** | **Varicelle** | **Angine** | **Scarlatine** | **Coqueluche** |
| ¨ Oui ¨ Non  | ¨ Oui ¨ Non  | ¨ Oui ¨ Non  | ¨ Oui ¨ Non  | ¨ Oui ¨ Non  |
| **Oreillons** | **Rougeole** | **Oreillons** | **Rhumatismes articulaires aigus** |
| ¨ Oui ¨ Non | ¨ Oui ¨ Non | ¨ Oui ¨ Non | ¨ Oui ¨ Non | ¨ Oui ¨ Non |

**CONTRE INDICATIONS**

**Alcool autorisé :** ¨ Oui¨ Non

¨ **Allergies alimentaires ;** préciser :

¨ **Autres allergies ;** préciser :

**ACTIVITÉS**

**La pratique accompagnée des activités suivantes est autorisée :**

Baignade en mer : ¨ Oui ¨ Non Baignade en piscine : ¨ Oui ¨ Non

Altitude : ¨ Oui ¨ Non Fauteuil tout terrain : ¨ Oui ¨ Non

 Fauteuil ski : ¨ Oui ¨ Non

**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER MEDICAL :**

* Photocopie de la carte d’assuré social
* Copies des prescriptions médicales à jour (traitements, soins infirmiers) + location de matériel médical si nécessaire **avec la date du séjour en question** (lève personne, verticalisateur, lit médicalisé, matelas anti-escarre)

**En conclusion :**

¨ Un séjour de vacances en collectivité est autorisé

¨ Une nouvelle visite médicale est nécessaire avant le voyage, si oui préciser ce qui motive cette précaution : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Fait à : …………………………………………………………….**

**Le : ………………/…………………………/…………………**

**SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :**