

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(à joindre avec la fiche « Information pour le séjour »)



INFORMATIONS PERSONNELLES

COORDONNEES DU VACANCIER

Madame Monsieur

NOM : PRENOM :

Foyer : n° et Rue :

Code postal : Ville :

Tél : Email :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Numéro de Carte d'Identité/Passeport : Date de validité :

Pays de délivrance :

Vous êtes sous mesure de protection : Non Tutelle Curatelle

Nom du tuteur ou curateur : Tel : Mail :

Avez-vous une carte d'invalidité : Oui Non (Photocopie à fournir)

Avez-vous une carte de stationnement : Oui Non (Photocopie à fournir)

Numéro de sécurité sociale : Poids : Taille :

Personne(s)* à contacter en cas d'urgence (incident, hospitalisation...) durant le séjour.

Nom, prénom, téléphone et email :

Tuteur/Curateur Equipe encadrante de l'établissement Famille, précisez :

**doit être obligatoirement joignable durant le séjour, seules les personnes nommées ci-dessus seront contactées.*

HANDICAP

Moteur Polyhandicap Autre (sensoriel, mental, psychique)

Précisez :

TRAITEMENT MEDICAL

Suivez-vous un traitement médical : Oui Non

Avez-vous des soins corporels : Oui Non

Avez-vous des soins infirmiers : Oui Non

Précisez :

PROBLÈMES CUTANÉS

Aucun Oui Lequel Traitement :

Escarre A quel endroit ? Traitement :

Avez-vous déjà eu des escarres : oui non

Si oui, merci de préciser l'année, la localisation et le type de soins :

.....

VIE QUOTIDIENNE

JE PEUX MARCHER :

- Seul(e) toute la journée Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)
 Seul(e) pendant ___ h ___ mn Lentement
 Avec l'aide de quelqu'un pendant ___ h ___ mn Je monte et descends seul(e) les escaliers
 Je ne peux pas marcher Je monte et descends seul(e) quelques marches

Je suis appareillé(e) pour la marche : Canne(s) Béquille(s) Déambulateur Autre, précisez :

- Se repère seul Oui Non
Tendance à se perdre Oui Non
Peut se mettre en danger Oui Non

J'UTILISE UN FAUTEUIL :

- Occasionnellement pour les sorties et j'emporterai le fauteuil sur le lieu du séjour
 En permanence
 Je ne peux pas me tenir debout
 J'ai un appui plantaire (pour les transferts)
 Je me transfère avec de l'aide dans un véhicule classique (léger, de type C)

Le fauteuil utilisé :

- Manuel Electrique
 Pliable Non pliable

Mesures du fauteuil en cm (obligatoire) :

Déplié Largeur : Hauteur : Profondeur : Poids :

Déplié Hauteur globale (passager + fauteuil) :

Plié Largeur : Hauteur : Profondeur :

Je manœuvre seul(e) **mon fauteuil manuel**

A l'intérieur : Oui Non A l'extérieur : Oui Non

Je manœuvre seul(e) **mon fauteuil électrique**

A l'intérieur : Oui Non A l'extérieur : Oui Non

MON AUTONOMIE GESTUELLE

- Je me lève et me couche : seul(e) aide partielle aide totale
Je fais ma toilette (lavabos) : seul(e) aide partielle aide totale
Je me douche ou me baigne : seul(e) aide partielle aide totale
Je me rase : seul(e) aide partielle aide totale
Je m'habille : seul(e) aide partielle aide totale
Je mange : seul(e) aide partielle aide totale
 avec des couverts ordinaires uniquement à la cuillère avec mes propres couverts
Je bois : seul(e) aide partielle aide totale
 au verre avec mon propre gobelet avec une pipette ou une paille

MON MODE DE COMMUNICATION :

J'ai l'usage de la parole : Ordinaire Difficile Très difficile Je n'ai pas l'usage de la parole

Je sais lire : Oui Non

Je sais écrire : Oui Non

J'utilise des accessoires* de communication : pictogramme alphabet ordinateur à synthèse vocale

Je possède mon propre langage* (code), par signe ou onomatopées : oui non

**Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative à emporter sur le lieu du séjour*

CONFORT PERSONNEL

Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle

J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle

Si vous avez des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous

MODE DE MICTION

Normal (sur wc) Bassin ou « pistolet » Etui pénien (ou vulvaire) + poches d'urines

Sondage, _____ fois par jour (effectué par un tiers)

Auto sondage, _____ fois par jour (effectué par moi-même)

Sonde à demeure : fréquence du remplacement :

Stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement :

Protection (alèses...) autres précisé :

Quelque soit le mode miction :

J'assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)

Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)

Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

Cependant, des incidents peuvent survenir :

Jamais ou exceptionnellement Assez fréquemment Tous les jours ou presque

La nuit Le jour

MODE DE DEFECATION

Normal (sur wc) Sur bassin

J'utilise des produits locaux (type microlax) si oui, à quelle fréquence :

Extraction digito-rectale, _____ fois par jour ou _____ fois par semaine

Par moi-même Par un tiers

Stomie digestive : fréquence du remplacement :

Protection car incontinence

Quelque soit le mode défécation

J'assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)

Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)

Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

Cependant, des incidents peuvent survenir :

Jamais ou exceptionnellement Assez fréquemment Tous les jours ou presque

La nuit Le jour

AUTONOMIE RESPIRATOIRE

Je fume : Oui Non

Je n'ai aucun problème respiratoire

Je dois faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort – kiné)

Préciser :

Je suis actuellement trachéotomisé(e)

J'ai de l'oxygène de façon intermittente ou permanente

Préciser :

J'ai une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne permanente

Préciser :

Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre, au dossier d'inscription, une note explicative.

EPILEPSIE EVENTUELLE

Je ne suis pas sujet aux crises d'épilepsie

Je suis sujet aux crises d'épilepsie

Si oui, préciser la fréquence :

Conseil en cas de crise :

ALIMENTATION

Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ? Oui Non

Si oui, lesquels :

Et pourquoi ?

Présentation des aliments : normaux hachés mixés lisses

Je suis sujet aux fausses routes ? Oui Non

Si oui, y a-t-il des techniques afin de les éviter ?

.....

Je suis un régime alimentaire ? Oui Non

Si oui : rigoureux souple

Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel...) :

VIE SOCIALE

RYTHME DE VIE

Je peux sortir TOUTE la journée en excursion

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de _____ heures

Avez-vous l'habitude de pratiquer des activités hors de votre lieu de vie pendant l'année ?

Oui Non

Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades...)

..... Et à quelle fréquence ?

SOMMEIL

- Agité : Oui Non
- Profond : Oui Non
- Se couche tard : Oui Non Heure à préciser environ :
- Se lève tôt : Oui Non Heure à préciser environ :

Avez-vous besoin d'une aide nocturne ? (Possible uniquement sur les séjours proposant une veille de nuit)

- oui Non

Si oui, de quel type : retournement, changement de position fois par nuit

Autre préciser :

MATERIELS NÉCESSAIRES DURANT LE SEJOUR

Pour la prise en charge par l'assurance maladie, le vacancier devra fournir à Behandi : attestation CPAM, carte de mutuelle et ordonnance mentionnant le matériel requis et les dates de séjour.

Behandi ne prendra pas en charge les frais de location et de transport de ce matériel.

- Lit médicalisé : Avec Potence Avec Barrières Précisez quel côté:
- Siège de douche mural
- Chambre individuelle
- Matelas à air anti-escarres
- Chambre partagée avec l'accompagnateur/trice
- Lève-personne Verticalisateur
- Chaise-percée Chaise de douche : Avec roulettes Sans roulettes
- Autre à préciser :
.....

COVID-19

- Etes-vous vaccinés contre la COVID ? Oui Non
- Si oui, date de la dernière dose : Nom du vaccin :
- Avez-vous déjà contracté la COVID ? Oui Non
- Si oui, à quelle date ?

AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER

J'ai d'autres problèmes de santé qui doivent être pris en compte (allergie ou autres troubles personnels...)

.....
.....

Nous vous remercions d'apporter toute information utile afin que le séjour se déroule le mieux possible :
Informations complémentaires :

.....
.....
.....
.....

