

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :
 Né(e) le N° de sécurité sociale :
 Taille : Poids : Groupe sanguin :

<u>MEDICAL</u>	
Traitement médical	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prend son traitement seul	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Soins médicaux nécessitant une intervention médicale extérieure <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui précisez.....	
Vaccination à jour	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Contre-indication médicamenteuse ou allergie	
Pièces à fournir : - copies des attestations mutuelles, C.M.U., etc... - copie attestation carte vitale	

<u>AUTRES</u>	
Handicap mental/psychique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez	
Handicap physique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez	
Est-il épileptique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, est-il stabilisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il diabétique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui a-t-il besoin d'injections	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faite par une infirmière	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Faite par lui-même	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il asthmatique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, a un traitement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait le gérer	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il cardiaque	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui précisez.....	
.....	
.....	

<u>ALIMENTATION</u>	
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez.....	
Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Alimentation hachée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Anorexie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Boulimie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Précisez.....	

<u>RECOMMANDATION PARTICULIERES</u> (Régimes, allergies, autres...)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coordonnées du médecin traitant :
 -

Personnes à contacter en cas d'urgences :

-
-

TRAITEMENT MEDICAL

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier, indiquer la posologie dans le tableau

MEDICAMENTS	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « AIDE A LA VIE COURANTE ».

- Le vacancier a-t-il besoin de soins infirmiers oui non
- Injection quotidienne plusieurs fois /jour mensuelle
- Pansements oui non
- Prothèse oculaire oui non

A-t-il besoin de matériel médicalisé (lit, verticalisateur...) oui non - préciser le besoin :

Si oui l'ordonnance doit être fournie 3 mois avant le séjour

Merci de nous fournir les ordonnances en cours de validité unique

- Enurésie oui non
- Encopésie oui non
- Si oui prévoir des changes pour la durée du séjour.

Non contre-indication aux activités sportives

Je soussigné.....Dr en médecine avoir examiné..... et ne pas avoir décelé de contre-indication médicale a la pratique d'activités sportives.

Date :

Signature :

Non contre-indication a la baignade

Je soussigné.....Dr en médecine certifie avoir examiné.....
et ne pas avoir décelé de contre-indication médicale a la pratique de la baignade.

Date :

Signature :

Je soussigné, Dr.....certifie que l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.

Date :

Signature :

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE
ET DE TRANSFUSION SANGUINE**

Je soussigné (e) M ou Mme

Père, Mère ou Tuteur légal de (nom et prénom de la personne)

Déclare donner pouvoir au professionnel de santé ou à son remplaçant pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne Mr, Mme dans le centre hospitalier le plus proche.

Fait à le.....

Signature père, mère ou tuteur légal :

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de téléphone en cas d'urgence :

N° sécurité sociale :