

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELLE

NOUVEL HORIZON – Aux Quatre Vents – 35133 JAVENE –  
Tél : 02.99.95.31.80 – Fax : 02.99.95.31.88 – Email : [nouvel-horizon2@wanadoo.fr](mailto:nouvel-horizon2@wanadoo.fr)

ETE  
2020

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....  
Date de naissance : ...../...../..... N°SS : .....  
Sexe :  Femme  Homme Taille : ..... Poids (facultatif) : .....  
Autonomie :  Bonne  Moyenne  Réduite  Personne Agée

## PHOTO OBLIGATOIRE

(Numérique ou Copie)

Ne pas agraffer mais coller  
la photo

Séjour : ..... Date : du ..... au .....  
Séjour : ..... Date : du ..... au .....  
Séjour : ..... Date : du ..... au .....

## TRAITEMENT MEDICAL

Une copie de l'ordonnance (moins d'1 mois) doit être jointe avec les piluliers dans la pochette noire.  
Si besoin d'une infirmière une copie devra être envoyée 1 mois avant les départs.

La personne suit-elle un traitement médical :  Oui  Non  
Le prend seul :  Oui  Non  
Soins infirmiers pendant le séjour :  Oui  Non  
Injections :  Oui  Non Si oui, quelles dates ? .....

### Nous n'assurons pas les soins suivants :

Le suivi infirmier pour les personnes insulinodépendantes lors des transports et séjour, nous fournir les détails et le planning du passage des professionnels médicaux.  
Soins de Nursing (toilette complète)

## VIE QUOTIDIENNE

Sorties seules autorisées :  Oui  Non  Se repère seul :  Oui  Non   
Rejoint seul(e) sa chambre :  Oui  Non  Monte seul(e) les escaliers :  Oui  Non   
Monte seul(e) dans le minibus :  Oui  Non  Tendence à se perdre :  Oui  Non   
Tendence à fuguer :  Oui  Non  Peut se mettre en danger :  Oui  Non   
Se met à l'écart lors des sorties :  Oui  Non  Gère son budget seul :  Oui  Non  Avec aide :

## TOILETTE – HABILLEMENT

Change seul(e) ses vêtements :  Oui  Non  Coordonne ses vêtements en fonction du temps :  Oui  Non   
S'habille seul(e) :  Oui  Non  Perd ses vêtements facilement :  Oui  Non   
Personne énurétique :  Oui  Non  Personne encoprétique :  Oui  Non   
Si oui, prévoir une alèze + protection.

Pour les femmes réglées, savent-elles gérer le change :  Oui  Non   
Se douche seul(e) :  Oui  Non  Fréquence : ...../semaine  
Aide à la douche :  Oui  Non  Aide au rasage :  Oui  Non   
Surveillance :  Oui  Non  A Stimuler :  Oui  Non

## REGIME ALIMENTAIRE

Prend du café :  Oui  Non  Quantité : .... /jour Alcool autorisé :  Oui  Non   
Repas mixé :  Oui  Non  Risques de fausses routes :  Oui  Non   
Régime alimentaire :  Oui  Non  Si oui précisez : .....  
(En cas de régime alimentaire strict, joindre l'ordonnance du protocole médical)  
Allergie(s) alimentaire :  Oui  Non  Si oui, précisez : .....

