ÉTÉ 2024

À photocopier en cas de besoin

Fiche de renseignements individuelle

NOUVEL HORIZON • 22, Aux Quatre Vents – 35133 JAVENÉ
Tél. : 02 99 95 31 80 • Fax : 02 99 95 31 88 • E-mail : contact@nouvel-horizon.fr

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Date de naissance : _____/ _____/ _____N° SS : _____

Sexe : ❍ Femme ❍ Homme Taille _____Poids (facultatif) : _____

Autonomie : ❍ Bonne ❍ Moyenne ❍ Réduite ❍ Personne âgée

PHOTO OBLIGATOIRE
(numérique ou copie)

Ne pas agrafer
mais coller la photo

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

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

TRAITEMENT MÉDICAL

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

La personne suit-elle un traitement médical : ❍ Oui ❍ Non ❍ Contraception

Le prend seul : ❍ Oui ❍ Non

Soins infirmiers pendant le séjour (voir catalogue page 7) : ❍ Oui ❍ Non

Rappel : leur mise en place est assurée par vos soins.
Nous fournissons sur demande les adresses des infirmiers et les lieux de séjours.

Fauteuil pour l'hébergement : ❍ Oui ❍ Non Fauteuil pour les sorties* : ❍ Oui ❍ Non

Déambulateur pour l'hébergement : ❍ Oui ❍ Non Déambulateur pour les sorties : ❍ Oui ❍ Non

*Fournir l'ordonnance pour la location du fauteuil (de confort)

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 Tendance à se perdre : ❍ Oui ❍ Non

Tendance 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

Peut rester seul à l'hébergement si refus de faire la sortie : ❍ Oui ❍ Non

*Pour rappel, les vacanciers montent seuls à l'arrière du minibus.

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 alèse + protection.

Pour les femmes réglées, savent-elles gérer le change : ❍ Oui ❍ Non

Aide à la douche* : ❍ À surveiller ❍ À solliciter ❍ Non Aide au rasage : ❍ Oui ❍ Non

*Nous n'assurons pas les soins de nursing (toilette complète).

RÉGIME ALIMENTAIRE

Prend du café : ❍ Oui ❍ Non Quantité : _____/jour

Alcool autorisé : ❍ Oui ❍ Non Repas mixé : ❍ Oui ❍ Non

Régime alimentaire : ❍ Oui ❍ Non Risques de fausses routes : ❍ 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 : _____

TROUBLES DIVERS

Lunettes : ❍ Oui ❍ Non

Trouble de la parole : ❍ Oui ❍ Non

Trouble de l'ouïe : ❍ Oui ❍ Non

Appareil auditif : ❍ Oui ❍ Non

Appareil dentaire : ❍ Oui ❍ Non

Bon marcheur : ❍ Oui ❍ Non

Allergie : ❍ Oui ❍ Non

Précisez : _____

Épilepsie : ❍ Oui ❍ Non

Fréquence : _____

Asthme : ❍ Oui ❍ Non

Alcoolisme : ❍ Oui ❍ Non

Cardiopathie : ❍ Oui ❍ Non

Se fatigue rapidement : ❍ Oui ❍ Non

VIE SOCIALE

Vie en couple : ❍ Oui ❍ Non Avec : Nom/Prénom : _____

Dorment dans la même chambre : ❍ Oui ❍ Non

Sommeil :

Fait la sieste : ❍ Oui ❍ Non Peut dormir dans un lit superposé ❍ Oui ❍ Non

Se lève la nuit* : ❍ Oui ❍ Non *Il n'y a pas de veilleur de nuit.

Manifestations agressives :

Agressivité physique : ❍ Oui ❍ Non Envers : ❍ Lui ❍ Les autres

Agressivité verbale : ❍ Oui ❍ Non Envers : ❍ Lui ❍ Les autres

Difficulté de socialisation : ❍ Oui ❍ Non

Comportement social inadapté (manger dans l'assiette des autres, salir les locaux, faire du bruit la nuit...) ❍ Oui ❍ Non

Antécédents d'attouchements ou d'agressions ou d'exhibitions sexuelles... ❍ Oui ❍ Non

Attention, nous vous rappelons que les personnes vivent dans un groupe en collectivité, ce qui entraîne des respects d'horaires et de participation à des activités. Si non respect, un rapatriement sera envisagé aux frais du majeur protégé.

Aptitudes mentales ou physiques :

Activités ou sport déconseillés : ❍ Oui ❍ Non

Sait lire : ❍ Oui ❍ Non Sait écrire : ❍ Oui ❍ Non ❍ Avec modèle

Tabac : ❍ Oui ❍ Non Fréquence : _____. Géré par l'équipe : ❍ Oui ❍ Non

Agressif si manque de cigarettes : ❍ Oui ❍ Non *Prévoir argent de poche en conséquence.*

Baignade autorisée : ❍ Oui ❍ Non Sait nager : ❍ Oui ❍ Non

Souhaite faire un cahier des activités faites pendant le séjour : ❍ Oui ❍ Non

SYNTHÈSE

_____

_____

_____

_____

_____

**Vous pouvez mettre sous pli des instructions pour le personnel médical : (docteur, infirmier...).*

Si cette fiche n'est pas conforme à la personne, un rapatriement sera envisagé aux frais du majeur protégé.

Vous pouvez également mettre plus d'informations sur une feuille à part.

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom/Foyer : _____

Adresse : _____

_____

CP/Ville : _____

Tél. : _____ Portable : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse : _____

_____

CP/Ville : _____

Tél. : _____

Je soussigné _____ agissant en qualité de référent de la personne nommée ci-dessus

Déclare sincères et véritables les informations indiquées sur cette fiche.

Fait à : _____ le : _____ Apposer la mention « lu et approuvé » et signature