

Fiche de renseignements individuelle

NOUVEL HORIZON • 22 Aux Quatre Vents • 35133 JAVENÉ
Tél. 02 99 95 31 80 • 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 : ☐ Très bonne ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Personne âgée

PHOTO OBLIGATOIRE
(numérique ou copie)

Ne pas agraffer
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
Gère seule sa prise de traitement : ☐ 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 Gère seul(e) son change (protection ou sous-vêtement) : ☐ Oui ☐ Non
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 (le régime sans gluten n'est pas pris en compte), précisez :
(En cas de régime alimentaire, joindre l'ordonnance du protocole médical. Nous ne pouvons pas garantir le respect total de celui-ci)
Allergie(s) alimentaire : ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

TROUBLES DIVERS

Lunettes : ☐ Oui ☐ Non Allergie : ☐ Oui ☐ Non
 Aveugle : ☐ Oui ☐ Non Précisez :
 Malvoyant : ☐ Oui ☐ Non Épilepsie : ☐ Oui ☐ Non
 Trouble de la parole : ☐ Oui ☐ Non Fréquence :
 Trouble de l'ouïe : ☐ Oui ☐ Non Asthme : ☐ Oui ☐ Non
 Appareil auditif : ☐ Oui ☐ Non Alcoolisme : ☐ Oui ☐ Non
 Appareil dentaire : ☐ Oui ☐ Non Cardiopathie : ☐ Oui ☐ Non
 Bon marcheur : ☐ 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 (OBLIGATOIRE)

MÉDECIN TRAITANT

Nom/Prénom/Foyer : Nom :
 Adresse : Adresse :
 CP/Ville : CP/Ville :
 Tél. : Portable : 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