



# Dossier médical

A faire remplir et signer par le médecin traitant et à joindre au dossier d'inscription

NOM et Prénom du vacancier : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Ce dossier doit comporter :

- photocopie du carnet de vaccinations
- prescription médicale en cours

Coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nomination de la pathologie : \_\_\_\_\_

Description aussi précise que possible du handicap : \_\_\_\_\_

- Moteur     Sensoriel     Mental     Cognitif     Psychique     Polyhandicap

	Oui	Non
A-t-il des troubles de la mémoire ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des délires ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des hallucinations ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des comportements exhibitionnistes ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il des troubles obsessionnels et compulsifs ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antécédents médicaux et chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Observations médicales particulières :

	Oui	Non
Y-a-t-il des problèmes de transit / fécalome (joindre l'ordonnance du laxatif habituellement prescrit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'épisode de sub-occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'épisode d'occlusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (suite)**

	Oui	Non
Le vacancier est-il soumis à un traitement pendant le séjour ? _____ (si oui, l'ordonnance récente devra être jointe le jour du départ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vacancier prend-il ses médicaments seul ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il sujet à des crises comitiales ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manifestion habituelle : _____		
Fréquence : _____		
Allergies connues : _____		
Alimentaire : _____		
Médicamenteuse : _____		
Contraception : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mode contraceptif : _____		
Les règles sont-elles : <input type="checkbox"/> douloureuses <input type="checkbox"/> abondantes		
Asthmatique : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SOINS**

	Oui	Non
Le vacancier a-t-il des soins infirmiers réguliers ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) : _____		
Le vacancier a-t-il des soins de kiné ? : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez le type de prise en charge, (joindre l'ordonnance) : _____		

**MATERIEL**

	Oui	Non
Porte-t-il un matériel spécifique ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussures orthopédiques : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-il un lit médicalisé ? _____ (si oui, joindre l'ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'un matelas anti-escarres ? _____ (si oui, joindre l'ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilise-t-il un lève personne ? _____ (si oui, joindre l'ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il besoin d'une contention :		
Au fauteuil : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au lit : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Matériel utilisé pour la contention, (le joindre si un matériel spécifique est utilisé) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VACCINATIONS**

Hépatite A : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	Date du dernier rappel : .....
Hépatite B : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	Date du dernier rappel : .....
Tétanos : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	Date du dernier rappel : .....
Grippe : .....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non .....	Date du dernier rappel : .....
Autres : .....		
.....		
.....		

**Certificat médical d'admission en séjour de vacances**

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_

Certifie exact l'ensemble des informations médicales portées au présent dossier médical,  
certifie que Madame, Mademoiselle, Monsieur : \_\_\_\_\_

n'a aucune contre-indication pour être admis dans le séjour de vacances choisi.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin :

✂ \_\_\_\_\_

**Coupon à joindre le jour du départ**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Séjour de : \_\_\_\_\_

Dates des dernières selles : \_\_\_\_\_

Dates des dernières règles : \_\_\_\_\_

A-t-il eu un problème de santé depuis l'inscription ?

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**A joindre impérativement :**

- Ordonnances médicales datant de moins d'un mois nécessaires au séjour (médicaments, soins infirmiers, soins de kinésithérapeute ...)
- Sa carte d'assuré social « carte vitale » (mutuelle comprise) avec son attestation
- Au départ du séjour : confier les médicaments au responsable :
  - ✓ Le pilulier doit être impérativement préparé pour la première semaine avec les autres médicaments nécessaires n'entrant pas dans le pilulier (gouttes, sachets ...).
  - ✓ Pour les semaines suivantes, les piluliers peuvent être remplis pour la durée du séjour, le cas échéant, une ordonnance devra être établie afin qu'une infirmière libérale ou un pharmacien prépare la médication pour la fin du séjour.