***Questionnaire Vacancier***

**Document Confidentiel**

NOM:

Prénom:

**Informations Administratives :**

Date de naissance : Numéro SS :

☐carte d’invalidité, N° :

Lieu de résidence du participant : en Etablissement à Domicile

Adresse :

Code postal - Ville :

Service : Etage Numéro de chambre :

Tel : Mail :

 **Contacts référents du participant :**

**Responsable légal du participant :**

Majeur protégé : oui non Régime de tutelle:

Nom et prénom du tuteur :

Adresse du tuteur :

Numéro de téléphone du tuteur : Mail :

Lien de parenté avec le participant :

**Situation d’URGENCE**

Nom de la personne à contacter en priorité :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

Lien avec le participant au séjour :

**Contacts Famille :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Lien de parenté** | **Tel** | **Mail** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Contacts Etablissement :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Fonction** | **Tel** | **Mail** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Contacts Médicaux :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Spécialité** | **Tel** | **Mail** |
|  |  | Médecin référent |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Récit de vie**(*Important*)**:**

*Décrire les circonstances de la survenance de la ou des pathologies et toutes les informations qui vous semblent importantes de porter à notre connaissance pour une prise en charge de qualité optimale.*

**Morphologie et Mobilité :**

Taille : Poids :

Le participant :

**☐** se déplace seul

**☐** se déplace avec une aide technique du type :**☐**canne **☐**tripode **☐**déambulateur

**☐** se déplace en fauteuil roulant :

**☐**électrique**☐** manuel **☐**le manipule seul

**☐**se verticalise **☐** se transfère seul **☐** peut monter dans un véhicule sans rampe d’accès

Caractéristiques du fauteuil : *données indispensables en cas de transport en train ou avion*

Hauteur : Largeur : Profondeur : Poids : ☐ pliable

Autres équipements à prévoir pendant le séjour :

Nous fournir les ordonnances de prescription

* Lit médicalisé
* Matelas anti escarres
* Verticalisateur
* Lève personne

Autres (préciser) :

**ATTENTION**

**Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

**1 Toilette et hygiène personnelle**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entretien personnel** | **Seul** | **Avec aide ponctuelle** | **Avec aide constante** |
| Fait sa toilette  |  |  |  |
| Se brosse les dents  |  |  |  |
| Se rase  |  |  |  |
| Se coiffe  |  |  |  |
| S’habille |  |  |  |
| Change ses vêtements  |  |  |  |
| Change ses sous-vêtements  |  |  |  |
| Reconnaît ses vêtements  |  |  |  |
| Se chausse  |  |  |  |
| Va aux toilettes  |  |  |  |
|  | **Oui** | **Non** | **Autres précisions** |
| Hypersialorrhée |  |  |  |
| Est énurétique le jour  |  |  | *Utilise des protections ?**Sont-elles fournies ?* |
| Est énurétique la nuit  |  |  | *Utilise des protections ?**Sont-elles fournies ?* |
| Est encopétrique le jour  |  |  | *Utilise des protections ?**Sont-elles fournies ?* |
| Est encopétrique la nuit  |  |  | *Utilise des protections ?**Sont-elles fournies ?* |
| A peur du bain  |  |  |  |
| A peur de la douche  |  |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**2 Alimentation :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alimentation** | **Seul** | **Avec aide ponctuelle** | **Avec aide constante** |
| Mange |  |  |  |
| Boit |  |  |  |
|  | **Oui** | **Non** | **Autres précisions** |
| Faut-il mixer les aliments |  |  |  |
| Régime alimentaire  |  |  |  |
| Risque de fausse-route |  |  |  |
| Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc. |  |  |  |

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d’accessoires, etc.)

**3 Nuit, sommeil, lever, coucher**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nuit, sommeil, lever, coucher** | **Oui** | **Non** |
| Se couche tôt (préciser l’heure) |  |  |
| A peur le l’obscurité |  |  |
| A des difficultés pour s’endormir |  |  |
| Se réveille la nuit  |  |  |
| A des angoisses nocturnes  |  |  |
| A des insomnies |  |  |
| A un lever difficile |  |  |
| Se lève tôt (préciser l’heure) |  |  |
| Fait la sieste |  |  |

Autres précisons et préconisations

**4 Santé**

**Merci de joindre impérativement au présent formulaire les ordonnances originales (médicaments, lunettes, lentilles, soins)**

Gestion et suivi du traitement médical autonome assistance aide totale

Utilise en canne d’aide à la marche en permanence occasionnellement non

Utilise une canne blanche en permanence occasionnellement non

Port de lunettes correctrices en permanence occasionnellement non

Port de lunettes de protection en permanence occasionnellement non

Port de lentilles en permanence occasionnellement non

Port d’une prothèse dentaire amovible oui non

Port d’une prothèse auditive oui non

Port de chaussures orthopédiques oui non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**5 Habitudes de vie et comportement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Habitudes de vie/Comportement** | **Oui** | **Non** |
| La personne vit-elle habituellement en couple |  |  |
| La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour  |  |  |
| Sens social avec une personne connue |  |  |
| Sens social avec une personne inconnue |  |  |
| Objet fétiche  |  |  |
| Rituels |  |  |
| Goûts particuliers |  |  |
| Tendance à fuguer |  |  |
| Troubles de la mémoire |  |  |
| Délires |  |  |
| Hallucinations |  |  |
| Phobies |  |  |
| Crises d’angoisse |  |  |
| Agressivité  |  |  |
| Automutilation  |  |  |
| Mise en danger de soi (refus de soins, etc.) |  |  |
| Comportements exhibitionnistes |  |  |
| Troubles obsessionnels et compulsifs |  |  |
| Tendance au retrait |  |  |
| Consommation de boissons alcooliques |  |  |
| Consommation de tabac |  |  |
|  |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**6 Communication**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Communication** | **Oui** | **Avec correction** | **non** |
| Voit |  |  |  |
| Entend |  |  |  |
|  | **Oui** | **Un peu** | **Pas du tout** |
| Communique par le langage verbal |  |  |  |
| Utilisation d’une langue gestuelle (langue des signes française, etc.) |  |  |  |
| Utilisation d’une langue gestuelle tactile |  |  |  |
| Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication  |  |  |  |
| Communique par pictogrammes, dessins, photos |  |  |  |
| Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée |  |  |  |
| Aphasie |  |  |  |
| Logorrhées/itérations |  |  |  |
|  | **Seul** | **Avec une aide** | **Non** |
| Ecriture |  |  |  |
| Lecture |  |  |  |
| Lecture labiale |  |  |  |
| Dessin |  |  |  |
| Utilisation du téléphone |  |  |  |
| Utilisation d’Internet |  |  |  |
| Utilisation de logiciels adaptés |  |  |  |
| Utilisation d’une table alphabétique ou d’une tablette |  |  |  |
| Utilisation d’outils très simplifiés ou adaptés |  |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**7 Sorties et déplacements**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sorties et déplacements** | **Oui** | **Non** | **Avec une préparation/ Préciser** |
| Se repère dans l’espace  |  |  |  |
| Se repère dans le temps |  |  |  |
| Mémorise un lieu à atteindre |  |  |  |
| Mémorise un trajet |  |  |  |
| S’adapte à des lieux nouveaux |  |  |  |
| Supporte les lieux publics |  |  |  |
| Lit l’heure |  |  |  |
| Lit les panneaux indicateurs |  |  |  |
| Sait demander son chemin |  |  |  |
| Sait rentrer à heure fixe |  |  |  |
| Sait traverser la chaussée sans danger |  |  |  |
| Sort seul sans accompagnement |  |  |  |
| Sort en petit groupe sans accompagnement |  |  |  |

**8 Gestion de l’argent personnel :**

Gestion de l’argent de poche------------- autonome------------ avec une aide------------- non

Réalisation d’un achat simple------------ autonome------------ avec une aide------------- non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**9 Activités sportives et de loisirs :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activités sportives et de loisirs | Oui | Non |
| Sait faire un choix parmi plusieurs activités  |  |  |
| Pratique régulière d’une activité sportive (préciser) |  |  |
| Pratique régulière d’une activité de loisirs (préciser) |  |  |
| Fatigabilité (préciser) |  |  |
| Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d’un film, d’un spectacle) |  |  |
| Sait nager |  |  |
| A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home |  |  |
| Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel |  |  |
| Contre-indication à sortir le soir |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

**10 Préacheminement :**

En option, nous proposons le préacheminement du participant. Nous venons le chercher à son domicile ou à un point de rencontre convenu ensemble et nous l’accompagnons jusqu’ au lieu de départ du séjour. Cet accompagnement se fait généralement en camion PMR ou en train.

☐ J’ai besoin d’un préacheminement ☐ je n’ai pas besoin d’unpréacheminement

**11 Assurances :**

Le participant bénéficiera de notre assurance rapatriement (incluse).

Souhaitez-vous souscrire une assurance optionnelle :

☐ Annulation (Tarif 3% du prix de séjour)

☐ Annulation + Interruption de séjour + Bagages (Tarif 4% du prix de séjour)

☐ Je ne souhaite pas souscrire à ces assurances

Vous trouverez le détail des garanties proposées en suivant ce lien :

https://www.handi-prestium-voyages.fr/wp-content/uploads/2019/10/Handi-Prestium-VoyagesDossier-Assurances-Participant.pdfImportant :

Nous souscrivons pour vous les assurances optionnelles à réception du premier acompte ET du bulletin d’inscription dument signé (bulletin d’inscription transmis à réception de ce formulaire)

L’option doit être souscrite plus de 35 jours avant le départ. Passé ce délai, les assurances optionnelles ne sont plus possibles.

**12 Droit à l’image et d’accès et de rectification des données informatiques :**

Traitement des données personnelles :

Les données personnelles du participant font l’objet d’une saisie informatique.

Nous vous rappelons que vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Pour exercer ce droit, envoyez un mail à contact@prestium.net.

Droit à l’image :

☐ J’autorise que l’image du participant soit utilisée sous forme de photos et de vidéos à des fins :

☐ d’usage de film souvenir pour les autres participants au séjour

☐ promotionnelle des activités de notre structure auprès des professionnels et du grand public.

☐ Je n’autorise pas le droit à l’image

 Nom et Signature du vacancier ou de son représentant légal.

**13 Fiche relative au traitement médical**

**ATTENTION**

**Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

Nom, prénom :

Sexe féminin Sexe masculin Date et lieu de naissance :

Adresse du lieu de résidence habituelle :

Numéro de sécurité sociale :

Caisse d’affiliation :

Séjour choisi :

Période du séjour choisi :

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du représentant légal ou le la personne la plus proche à joindre en cas de nécessité :

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

Est-il joignable durant le séjour ? oui non

Si le médecin traitant n’est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin joignable durant le séjour :

**Déficience/handicap :**

Moteur sensoriel mental cognitif psychique polyhandicap

Pathologie (s) associée(s-)

Prescription médicale en cours (joindre l’ordonnance) :

**1° Prise des médicaments**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prescription** | **Matin** | **Midi** | **Soir** | **Coucher** |
| Médicament 1et doses prescrites : |  |  |  |  |
| Médicament 2et doses prescrites :  |  |  |  |  |
| Médicament 3et doses prescrites : |  |  |  |  |
|  Médicament 4et doses prescrites  |  |  |  |  |
| Médicament 5et doses prescrites  |  |  |  |  |

**2° Autres soins prescrits :**

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

Autres informations :

Le vacancier gère t’il seul son traitement ? oui- avec une aide non

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour :

Hépatite A : oui non Date du dernier rappel

Hépatite B : oui non Date du dernier rappel

Tétanos : oui non Date du dernier rappel

Grippe : oui non Date du dernier rappel

Autres :

Allergies aux poils de chien (présence de notre chien Malo sur plusieurs séjours) : oui non

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc : oui non Si oui Lesquelles :

Asthmatique oui non Sioui, date de la dernière crise :

Epileptique oui non Sioui, date de la dernière crise :

Contre indications :

Baignade oui non

Autres activités nautiques oui non

Autres activités sportives oui non

Préciser

L’altitude est-elle déconseillée ? oui non

Une activité soutenue est-elle déconseillée ? oui non

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ? oui non

**Pour les vacancières :**

Si prise d’un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) :

La vacancière gère t’elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament ?

Date des dernières règles :

Les règles sont-elles douloureuses abondantes

Aménorrhées : oui non

Dysménorrhées : oui non

Le vacancier fume t’il des produits du tabac ? oui non

Le vacancier consomme t’il ses boissons alcooliques ? oui non

A-t-il une consommation problématique d’alcool ? oui--------------- non

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal et du médecin

**14 Autorisation d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale :**

**Autorisation d’intervention chirurgicale**

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

**Autorisons le transfert à l’hôpital par un service d’urgence (Pompiers, SAMU)** pour que puisse être pratiquée, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne suivante :

Fait à, le

Signature du vacancier ou de son représentant légal

Synthèse du séjour par le responsable du séjour :

Lieu, date et signature du responsable du séjour :

**Pièces à joindre avec ce dossier :**

|  |  |
| --- | --- |
| ☐Carte Nationale d’identité valide ☐ Carte de complémentaire santé valide |  |
|  | ☐ Ordonnances (médicaments, soins et matériel médical)  |
|  | ☐ Attestation vitale valide  |

**Pièces à fournir durant le séjour Originaux :**

|  |
| --- |
| ☐ Passeport valide (séjour à l’étranger) ☐Carte d’invalidité valide |
| ☐ Carte vitale valide ☐Carte Nationale d’identité valide   |