

CAMPS DE VACANCES POUR PERSONNES HANDICAPÉES**Fiche Médicale 2024**

Cette fiche de santé est confidentielle. Elle permet aux responsables du camp de mieux connaître les soins exigés par le campeur en se conformant aux instructions du médecin.

Ce camp est exclusivement réservé aux personnes handicapées moteur qui sont aptes à suivre toutes les activités prévues au programme du camp. Les malades contagieux, ainsi que ceux qui requièrent une assistance médicale trop spécialisée, ne pourront y être acceptés. En effet, les bénévoles n'ont pas de formation (para)médicale.

Veuillez si possible ne pas utiliser d'abréviations et écrire lisiblement ; ceci facilitera la compréhension et évitera les malentendus.

Le fichier complet est transmis aux responsables de camp. La version électronique sera effacée directement après le camp. L'aidant principal aura accès à ces données dans l'intérêt du participant.

A remplir par la personne et/ou l'entourage :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / / âge : ans

Personnes à contacter en cas d'urgence **durant toute la période de camp (24h/24) :**

Nom : Lien : Tél/GSM :

Nom : Lien : Tél/GSM :

Nom : Lien : Tél/GSM :

A remplir par le médecin traitant uniquement :

Médecin traitant :

Nom :

Rue: **N°:** **Bte:**

Code postal: **Localité:**

Tél/GSM :

Je suis joignable durant le séjour de vacances de :

Bruxelles (20 au 30 juillet) Marbehan (3 au 10 août) Oostduinkerke (30/08 au 06/09)

Je ne suis pas joignable

En cas d'absence, mon confrère remplaçant est :

Nom :

Tél/GSM :

Je renouvellerai les prescriptions avant le camp pour que mon patient dispose des médicaments et/ou le matériel de soins en quantité suffisante durant tout son séjour.

Anthropométrie récente (moins de 6 mois)

Poids : kg

Taille : cm

Handicap précis

Handicap (diagnostic) :

.....

.....

Depuis : (année) soit ans

Complication (ou exacerbation) récente OUI NON

Si oui, laquelle

.....

Antécédents médicaux

Maladie graves :

Interventions chirurgicales principales :

Année : Type :

Année : Type :

Hospitalisations :

Etat de vaccination :

Tétanos : en ordre de vaccination OUI NON date :

Covid : Vacciné OUI NON date :

Autre :

Médication actuelle

Indiquer le nom des médicaments, la quantité, et le moment de la prise. Si vous joignez un document, merci de vous assurer que toutes les infos demandées ci-dessous y sont bien reprises.

Le patient/campeur est-il autonome pour la prise de ses médicaments : OUI NON

Par la présente, je délègue la prise de médicaments du patient aux équipes bénévoles d’AccessAndGo-ABP durant le séjour de mon patient, dans le respect des informations fournies dans cette fiche médicale ou des modifications que j’apporterai avant le départ au camp de vacances (à signaler).

| Médicament | A jeun | Matin | Midi | Soir | Coucher | Remarque |
|------------|--------|-------|------|------|---------|----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| |
|----------------------------|
| Traitement de crise |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|-------------------------|
| Autre traitement |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Examen clinique

Neurologie

- Migraines – Céphalées - maux de tête :
- Troubles visuels :
- Troubles de la concentration :
- Troubles de l'élocution :
- Troubles de l'équilibre :
- Troubles de la motricité :
- Tonus
- Mouvements incontrôlés (trémulation, chorée, athétose,...)
- Troubles sphincters (voir plus bas)
- Troubles mentaux :
- Troubles d'un ou plusieurs nerfs crâniens (N. I-XII) :

I – II – III – IV – V – VI – VII – VIII – IX – X – XI – XII
- Réflexes :
- Coordination :
- Troubles de la perception : Chaleur – Odeur – douleur - proprioception
- Crises d'épilepsie : Fréquence normale : /J – Sem – Mois – An
Médication :

Pneumologie

Troubles respiratoires :

- Asthme : Médication :
- Bronchite chronique : Médication :
- Emphysème : Médication :
- Autre : Médication :

Cardiologie

- Fréquence cardiaque habituelle :
- Tension artérielle habituelle :
- Troubles cardiaques :
- Pathologies avérées :

Troubles hématologique et/ou colo-protologique

Diabète : OUI NON

Traitement : pompe à insuline Pompe connectée Stylo Autre :

Fréquence défécation : fois par jour Horaire :

Tendance à la constipation OUI NON

Médication :

Troubles intestinaux : OUI NON - Si oui précisez :

Médication :

Fonction urinaire

Incontinence urinaire d'effort Incontinence neurologique Incontinence diurne

Enurésie Sonde vésicale

Soins requis - Médication :

Santé mentale ou relationnelle :

Sur une échelle de 1 à 5, le 1 étant la valeur la plus petite, NC signifiant « non concerné », diriez-vous que le patient au cours de ce dernier mois présente les signes ou symptômes suivants :

| | | | | | | |
|------------------------------------|----|---|---|---|---|---|
| Angoisse | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Autistique | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dépressif | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Irritabilité | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Phobies difficilement contrôlables | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Paranoïaques | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Schizophrénique | NC | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Autres :

Autres

Insomnie. affection cutanée saignement de nez. vomissements

somnambulisme. mal du voyage. problème de déglutition. phobie

intolérance alimentaires :

Allergies :

Soins particuliers

Escarres, plaies, massage, friction, pommade, pansement

Remarques :

Soins dentaires :

- Le campeur porte-t-il un dentier : OUI NON
- Le dentier doit-il être retiré la nuit : OUI NON
- Autres soins buccaux : OUI NON Si oui, précisez :

Le campeur durant le camp, doit-il recevoir :

- Des soins infirmiers OUI NON Si oui, précisez :
- La visite d'un kiné OUI NON Si oui, précisez :

Autres remarques importantes à communiquer aux responsables de camps :

Fait à le :

Cachet et signature du médecin :