

FICHE DE CONNAISSANCE LE VACANCIER DANS SON QUOTIDIEN

VACANCES
ADAPTEES
ADULTE



Photo du vacancier
obligatoire

Cliquez pour insérer
une photo

Nom du séjour : _____

Du : _____ au : _____

Nom prénom du vacancier _____ Age _____ ans

LEVER :

TOILETTE :

HABILLAGE :

DÉPLACEMENT
Mobilisation :

REPAS :

SIESTE

COUCHER

COMPORTEMENT

ACTIVITES
SORTIES

ALLERGIE
TRAITEMENT

PROTOCOLE
D'URGENCE
EN CAS DE :

LEVER/ SOMMEIL/ SIESTE/ NUIT/ COUCHER	
Heure habituelle du lever	h _____
Heure habituelle du coucher	h _____
Fait la sieste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficultés pour s'endormir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angoisses nocturnes, insomnies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Appelle pendant la nuit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Matériel spécifique :	<input type="checkbox"/> Lit médicalisé <input type="checkbox"/> barrière de sécurité
Observations : objet pour la nuit....	

HYGIÈNE / TOILETTE / VIE QUOTIDIENNE	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se rase, s'épile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est énurétique	<input type="checkbox"/> Le jour	<input type="checkbox"/> La nuit	<input type="checkbox"/> Non
Est encoprétique	<input type="checkbox"/> Le jour	<input type="checkbox"/> La nuit	<input type="checkbox"/> Non
Porte des protections	<input type="checkbox"/> Le jour Taille : _____ <input type="checkbox"/> La nuit Taille : _____		
Port d'anaform	<input type="checkbox"/> Le jour Taille : _____ <input type="checkbox"/> La nuit Taille : _____		
Utilisation d'urinal	<input type="checkbox"/> Le jour	<input type="checkbox"/> La nuit	
Aide technique à la toilette	<input type="checkbox"/> Chaise douche	<input type="checkbox"/> Lit douche	<input type="checkbox"/> Chaise WC
Autre :			
Observations			

REPAS / ALIMENTATION	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Particularité(s) alimentaire(s) Si oui, la(les) quelle(s) (régime, aliments mixés, semi-mixés, hachés...) Joindre ordonnance et protocole			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utilisation de gélifiant pour les boissons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Risque de fausse route	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Stabilisé
Place spécifique à table	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Matériel spécifique fourni (assiette, rebord plastique, verre à anse, couvert...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'animateur doit être attentif à :			
Autres remarques sur son alimentation, sa façon de manger			

APTITUDES PHYSIQUES	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace :	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Electrique <input type="checkbox"/> manuel <input type="checkbox"/> En déambulateur <input type="checkbox"/> Avec une canne		
Risque de chute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Un véhicule adapté est nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Malade en transport	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Peut marcher	<input type="checkbox"/> - de 30 mn	<input type="checkbox"/> - d'1 h	<input type="checkbox"/> + d'1 h
Observations			

SANTÉ	
Porte des lunettes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Porte des lentilles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal voyant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fournir l'ordonnance pour les lunettes et lentilles	
Sourd	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal entendant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Porte une prothèse	
- auditive	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- dentaire amovible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres (chaussures orthopédiques, corset, semelles...)	
A un traitement médical	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Joindre les ordonnances à jour et lisibles, ainsi que les médicaments correspondants pour la durée du séjour, préparés dans un ou des piluliers)	
Prend son traitement	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide
Est épileptique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui :	<input type="checkbox"/> stabilisé <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> fréquent
A un traitement d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui Joindre un protocole précis et à jour	
Fume habituellement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour les jeunes filles, femmes	
La personne est réglée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Utilise un contraceptif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observations	

TRAITEMENT D'URGENCE			
Le vacancier a-t-il un traitement d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
si oui	<input type="checkbox"/> Epilepsie		
	<input type="checkbox"/> Comportement		
	<input type="checkbox"/> Constipation		
	<input type="checkbox"/> Médical		
	<input type="checkbox"/> Hémorroïdes		
	<input type="checkbox"/> Douleur		
	<input type="checkbox"/> Allergie		
	<input type="checkbox"/> Autre		
Joindre les ordonnances à jour et lisibles, ainsi que les médicaments correspondants pour la durée du séjour, préparés dans un ou des piluliers)			
Signes précurseurs :			
Observations			
TRANSIT			
Le vacancier est sujet à la constipation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier est sujet à la diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Traitement quotidien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Régime particulier si oui lequel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Observations			
COMMUNICATION			
Par langage verbal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Communication Spécifique	<input type="checkbox"/> Vocabulaire pauvre <input type="checkbox"/> Gestes / makaton		
	<input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> Autres		
	Seul	Avec une aide ponctuelle	Ne le fait pas seul
Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observations			

COMPOTEMENT

Le vacancier a un objet fétiche Si oui, lequel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier a des rituels Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier a tendance à fuguer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier a tendance à errer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier est sujet	
aux délires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
aux hallucinations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
à des phobies si oui lesquelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier a des difficultés relationnelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Auto-Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hétéro-Agressivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, sous quelles formes (blocage, insultes, violence...) ?	
facteurs déclenchants :	
Attitude à avoir :	
Le vacancier a conscience du danger	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le vacancier peut se mettre en danger Si oui, comment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observations	

ACTIVITÉS / LOISIRS

Le vacancier sait choisir une activité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier sait nager	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier pratique une activité. Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier peut soutenir son attention de façon prolongée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier a d'autres centres d'intérêt (culturel, intellectuel, ...) Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier a t'il des contre-indications ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Observations			
ARGENT PERSONNEL			
Gère son argent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Sait faire un achat simple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Observations			
SORTIES	Sans animateur	Après préparation	Non
Le vacancier peut sortir seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vacancier peut sortir en petit groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le vacancier sait :			
* demander son chemin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
* lire l'heure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
* se rendre à heure fixe à un rendez-vous	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Le vacancier a des difficultés, des angoisses dans les lieux inconnus ? Si oui, lesquelles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Observations			