

FICHE MEDICALE

Nom : Prénom :

Sexe (M/F): Né(e) le: / /

N° de sécurité sociale:

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

.....

.....

.....

Sens

Déficience auditive : Oui Non
- si oui : légère moyenne complète
- Appareillé : Oui Non
- si oui, précisez :
- le gère seul : Oui Non

Déficience visuelle : Oui Non
- si oui : légère moyenne complète
- Appareillé: lunettes lentilles

Autre déficience sensorielle : Oui Non
- si oui, précisez :
.....

Vaccination à jour : Oui Non
- Date des derniers rappels :
.....
.....

Epilepsie : Oui Non
- si oui, stabilisé : Oui Non
- Protocole : Oui Non
- précisez:
.....

Est-il **diabétique :** Oui Non
- si oui, besoin d'injections: Oui Non
- fait par une infirmière : Oui Non
- fait par lui-même : Oui Non

Le participant souffre de **problèmes cardiaques :**
Oui Non
- si oui, précisez:
.....

Souffre-t-il d'**allergies :** Oui Non
- si oui, précisez :
.....
.....

Prothèse et appareillage médical

Prothèse dentaire : Oui Non
- la gère seul : Oui Non
Fauteuil roulant : Oui Non
- si oui : en permanence sporadiquement

Matériel orthopédique : Oui Non
(bas de contention etc...)
- si oui, précisez :
.....
.....
- le gère seul : Oui Non

Le bénéficiaire a-t-il de **l'asthme :** Oui Non
- si oui, a un traitement : Oui Non
- gestion du traitement : Oui Non

Régime alimentaire : Oui Non
- si oui, précisez :
.....
.....

- Mange mixé : Oui Non
- Mange pré-haché : Oui Non

Autorisation de baignade : Oui Non
- si non, indiquez la raison:
.....

Contre-indications particulières : Oui Non
- Si oui, précisez :
.....
.....

Moyen contraceptif : Oui Non
- lequel :
- Gère seul : Oui Non

Interventions chirurgicales récentes (précisez la date) :
.....
.....
.....

TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier (si Oui, indiquer la posologie dans le tableau): Oui Non

- Le prend seul : Oui Non

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et les piluliers nominatifs.

PROTOCOLE MÉDICAL EN CAS D'URGENCE OU « SI BESOIN »

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier : crises, règles douloureuses, maux de transport etc...

SITUATIONS	Signes d'appels (exemple : gonflement, plaques rouges, violence...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir - Médicaments et dose à administrer - Position à privilégier...
Si allergie , précisez:			
Si épilepsie			
Gestion de troubles du comportement , précisez :			
Si asthme			
Autres , précisez :			

Remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et un pilulier nominatif dédié à ce traitement « en cas d'urgence » .

Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus **nécessitent-ils un appel d'urgence** à une assistance médicalisée :

- pendant l'urgence et avant de lui administrer le traitement : Oui Non
- après la gestion de l'urgence : Oui Non

Si oui, un **contact est-il à privilégier** (SAMU, spécialiste, médecin traitant...) : Oui Non

si oui lequel :

Je soussigné, Docteur..... certifie que **l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre Non médicalisé.**

Certifié exact le à

Signature et cachet :