



Fiche d'autonomie

valable un an, à revoir à chaque séjour

PHOTO

TITRE DU SÉJOUR

Dates du séjour

Nom et prénom du Participant

Profil autonomie

.../.../...

ÉTABLISSEMENT/LIEU DE VIE

DATE

PERSONNE REMPLISSANT CETTE FICHE

SIGNATURE
OBLIGATOIRE

COMMUNICATION

	Aide		
	Oui	Ponctuelle	Non
Communique par gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique par langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Communique par cris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTRICITÉ ET DÉPLACEMENTS

	Oui	Aide	Non	
Monte sur un lit superposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilise un fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance si location nécessaire
Marche sur un terrain accidenté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Monte un escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
utilise une canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se sert d'un déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance si location nécessaire
transport en véhicule adapté	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	joindre ordonnance et protocole

SORTIE

	Oui	Occasionnelle	Non	
Sort en petit groupe sans animateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centres d'intérêts, aime et n'aime pas?
Autorisé (e) à sortir seul (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- du gîte une ou deux heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-une demi-journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- une journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Avec repas de midi prêt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gestion de l'argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tendance à la cleptomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ACTIVITÉS LOISIRS

	Oui		Non
Je suis sociable	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Je participe activement	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
à la vie de groupe	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Sait nager	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Peut se baigner	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Peut marcher	
Moins d'une heure	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Plus d'une heure	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Une heure	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

HYGIÈNE – TOILETTE

	Aide			Quelles remarques pouvez-vous faire sur son hygiène?		
	Oui	Ponctuelle	Non			
Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Change ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Change ses sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reconnaît/choisit ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Est énurétique le jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Est énérutique la nuit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Est encoprétique le jour	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Est encoprétique la nuit	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
			le jour la nuit			
porte des protections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fournir alèses et protections
va au WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
besoin de matériel médicalisé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
chaise Douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			doit être fourni
lit douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			doit être fourni
ne lève personne	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			joindre ordonnance pour location
À peur de la douche	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Concernant les jeunes femmes réglées		Avec aide				
Utilise t-elle des serviettes						
Seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Concernant les hommes		Avec aide				
Se rase seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

REPAS – ALIMENTATION

	Oui	Aide	Non	
Mange seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boit seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faut-il lui mixer ses aliments?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Gère seul les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suit-il un régime?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Joindre protocole alimentaire
	Oui	Occasionnelle	Non	
Boit de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boit du café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
utilisation de gélifiantPour les boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SOMMEIL

	Oui	Aide	Non	
Se couche-tôt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A peur de l'obscurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angoisses, insomnies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lève-tôt (préciser l'heure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fait la sieste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilise un lit médicalisé	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Joindre ordonnance pour location

INTÉGRATION / RELATIONS

	Oui	Non
Est déjà parti en séjour vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pratique des activités au long de l'année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser lesquelles :

Si fréquentation de différents lieux de vie,
Donner un exemple de journée type.

vit au jour de l'inscription :

Seul () en couple () Autre ()

	Oui	Non
le conjoint est inscrit sur le même séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dorment-ils ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des manifestations agressives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
envers les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la relation avec les femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans la relation avec les hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait gérer : la frustration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'autorité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le cadre, les interdits ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportements particuliers/ inadaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décrire le type de comportements, à quelles occasions
Quels conseils pouvez-vous donner?

GESTION DES ANGOISSES

	Oui	Non
A des angoisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A une (des) phobie (s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des objets fétiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A des rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Décrivez

Fiche santé

Nom et prénom du Participant

	Oui	Occasionnelle	Non	Comment gère-t-il ses médicaments, Ses appareillages, ou ses crises d'épilepsie?
Porte des lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>préciser les quantités par jour :</p>
Porte une prothèse dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porte une prothèse auditive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porte des chaussures orthopédiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Porte des bas de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prend son traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Est fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gère seul les quantités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À un moyen contraceptif	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Préciser lequel :				
Diabète	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Je suis éthylique ou l'ai été	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cardiopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J'ai des pertes de mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Concernant la prise des médicaments, renseignements ce que vous jugez nécessaire de porter à la connaissance de l'équipe. Les indications de type «**quand vous le jugez nécessaire** » ou «**quand il est très énervé** » ne sont pas des indications utilisables par les équipes, qui n'ont pas de repère concernant l'état habituel de la personne.

Soins infirmiers: soins infirmiers réguliers ou quotidiens

Si l'état de santé du vacancier nécessite des soins particuliers pour un passage régulier ou quotidien (Plusieurs injections, pansements, kiné..)

Vous nous adressez l'organisation de ses soins **dès que possible afin que nous puissions en vérifier l'adéquation** Avec l'organisation du groupe sur place. Nous vous contacterons si nécessaire

Coordonnées du professionnel de santé et/ou référent à contacter :

Nom : **Prénom:** **Fonction :**

Adresse:

Téléphone :

Contacts Week-end et jour férié:

PROJET DE SÉJOUR

motivations et attentes du vacancier pour ce séjour :

**INFORMATIONS ET RENSEIGNEMENTS QUE VOUS JUGEZ UTILES A NOUS
COMMUNIQUER**