



**A l'attention du médecin traitant,**

Madame, Monsieur,

Votre patient va participer à un séjour de vacances adaptées au sein de l'association « le Compagnon Blanc ». Afin de permettre la bonne continuité des soins durant le séjour et en cas d'urgence, merci de compléter la fiche d'informations médicales ci-dessous. Nous vous rappelons que celle-ci restera **confidentielle**. En cas d'urgence, elle sera transmise par le responsable de séjour aux professionnels de santé.

Nous restons à votre entière disposition si vous désirez de plus amples informations.

<b>Renseignements administratifs</b>	
<b>Le vacancier</b>	<b>Le médecin traitant</b>
Nom et prénom : .....	Nom et prénom : .....
Date de naissance : .....	Adresse : .....
Sexe : .....	Ville et CP : .....
N° de Sécurité Sociale : .....	Téléphone : .....
	Est-il joignable pendant le séjour ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si le médecin n'est pas joignable, nom, prénom et téléphone du médecin joignable pendant le séjour :
	.....
	.....

<b>Médical</b>		
Groupe sanguin : .....	Poids : .....	Taille : .....
Déficience/ Handicap : <input type="checkbox"/> moteur <input type="checkbox"/> sensoriel <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> cognitif <input type="checkbox"/> psychique <input type="checkbox"/> polyhandicap <input type="checkbox"/> autre, précisez.....		
Pathologie(s) associée(s) : .....		
Vaccination à jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date des derniers rappels : .....		
Antécédents médicaux : .....		
.....		
Antécédents chirurgicaux : .....		
.....		
Est-il <b>épileptique</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, est-il stabilisé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions : .....		
Est-il <b>diabétique</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, a-t-il besoin d'injections : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, est-il autonome : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
La personne souffre-t-elle de <b>problèmes cardiaques</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
La personne a-t-elle de <b>l'asthme</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, y-a-t-il un traitement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Précisions : .....		
La personne suit-elle un <b>régime alimentaire</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions : .....		
La personne souffre-t-elle <b>d'allergies</b> : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions : .....		
L'état de santé de la personne est-il compatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>Contre-indications liées au traitement, vigilances à avoir et autres problèmes actuels à signaler</b> : .....		
.....		



Traitement médical régulier

Merci de fournir une ordonnance des traitements actuels, et utilisable en cas de nécessité



NOM DU MEDICAMENT	Posologie	Matin	Midi	16h	Soir	Coucher

Nom:.....

Prénom:.....

Passage Infirmier pendant le séjour : OUI\* NON

Si oui, précisez la fréquence ou les dates de passage : .....

Type de soin : .....

Si injection, précisez le nom du médicament : .....

*\*Merci de fournir un mois avant le début du séjour une ordonnance médicale de moins de 3 mois la plus détaillée possible (date précise si injection pendant le séjour). Ne pas fournir de duplicata !*

Protocoles médicaux en cas d'urgence

La personne nécessite-t-elle des soins d'urgence ne faisant pas parti du traitement médical régulier :  OUI  NON

Si oui, merci de préciser les situations, les signes d'appels, les éléments déclencheurs, les fréquences et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Focus COVID-19

La personne est-elle à risque de forme grave de la COVID-19 au regard des critères définis par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son avis du 20 avril actualisé :  OUI  NON

Si oui, la personne est-elle en capacité de partir en séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé ?  OUI  NON

La personne est-elle en capacité de supporter le port du masque :  OUI  NON

Si non, merci de fournir un certificat médical

Date, Lieu, Signature et cachet