



# FICHE DE CONNAISSANCE LE VACANCIER DANS SON QUOTIDIEN

Photo du vacancier  
**Obligatoire**

Nom et prénom du vacancier :

.....

**Merci de compléter entièrement ce document**

**Cochez les cases correspondantes à la situation**

## SORTIES ET DEPLACEMENTS

Marche seul	Oui	Non
Aide pour se déplacer	Oui	Non
Risque de chute	Oui	Non
Sait monter les escaliers sans aide	Oui	Non
Sait monter dans le minibus sans aide	Oui	Non
Sait se repérer dans le temps	Oui	Non
Sait se repérer dans l'espace	Oui	Non
Peut sortir seul	Oui	Non
Peut sortir en petit groupe sans accompagnement	Oui	Non
Sait demander son chemin	Oui	Non
Sait lire l'heure	Oui	Non
Sait rentrer à une heure fixée	Oui	Non
Sait monter dans une baignoire	Oui	Non

Précisions, conseils... :

## ARGENT DE POCHE

Gestion de l'argent de poche	Autonome Avec une aide Non
A la valeur de l'argent	Autonome Avec une aide Non
Réaliser un achat simple	Autonome Avec une aide Non

## ACTIVITES, LOISIRS

Sait faire un choix parmi plusieurs activités	Oui	Non
Sait nager	Oui	Non
Peut aller à la piscine	Oui	Non
Contre-indications pour certaines activités	Oui	Non
Les activités que le vacancier aime		
Les activités que le vacancier n'aime pas		
Les activités qui apaisent le vacancier		

Précisions, conseils... :



## FICHE DE CONNAISSANCE LE VACANCIER DANS SON QUOTIDIEN

### HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENT

Vit en couple	Oui	Non
Vite seul de manière autonome	Oui	Non
Un objet fétiche	Oui	Non
Des rituels	Oui	Non
Tendance à fuguer	Oui	Non
Tendance à errer	Oui	Non
Des hallucinations, délires	Oui	Non
Des phobies	Oui	Non
Des crises d'angoisse	Oui	Non
Des comportements exhibitionnistes	Oui	Non
Des TOC	Oui	Non
Des difficultés relationnelles	Oui	Non
Conscience du danger	Oui	Non
Des troubles de la mémoire	Oui	Non

Aidez-nous : quelles peuvent être les difficultés majeures et que préconisez-vous pour les gérer ou les éviter ?

Conseils pour apaiser le vacancier :

### HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENT

Agressivité envers lui	Oui	Non
Agressivité envers les autres	Oui	Non
Agressivité envers les objets	Oui	Non
Auto-mutilation	Oui	Non
Mise en danger de soi	Oui	Non
Mise en danger d'autrui	Oui	Non
Vol, cleptomanie	Oui	Non
Pensées suicidaires	Oui	Non

Facteurs déclenchants :

Attitude à avoir :

### COMMUNICATION

Langage verbal	Oui	Non
Communication spécifique		
Téléphone	Oui	Non
Ecrit	Oui	Non
Lit	Oui	Non

Observations, conseils :



## FICHE DE CONNAISSANCE LE VACANCIER DANS SON QUOTIDIEN

TOILETTE ET HYGIENE PERSONNELLE			
Fait sa toilette	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Se brosse les dents	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Se rase, s'épile	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Se coiffe	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Change ses vêtements	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Reconnaît ses vêtements	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Se déshabille et s'habille	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Gère son linge	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Se chausse	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
Va aux toilettes	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul		
A solliciter de façon générale pour l'hygiène	Oui	Non	
Est énurétique	Le jour	La nuit	Non
Est encoprétique	Le jour	La nuit	Non
Porte des protections	Le jour	La nuit	Non
Observations, conseils :			

NUIT / SOMMEIL / LEVER / COUCHER		
Fait la sieste	Oui	Non
A un lever difficile	Oui	Non
A des difficultés pour s'endormir	Oui	Non
Se réveille la nuit	Oui	Non
Angoisses nocturnes	Oui	Non
ALIMENTATION		
Mange	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul	
Boit	Seul Avec une aide ponctuelle Ne le fait pas seul	
Risque de fausse-route	Oui	Non
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie etc.	Oui	Non
Régime alimentaire	Oui	Non
Aliments à éviter	Oui	Non
Particularités alimentaires (aliments mixés, semi-mixés, hachés...)	Oui	Non
Observations, conseils pour le premier encadré :		
Observations, conseils pour le second encadré :		



## FICHE DE CONNAISSANCE LE VACANCIER DANS SON QUOTIDIEN

SANTÉ		
Mal voyant	Oui	Non
Sourd / Malentendant	Oui	Non
Porte des lunettes / des lentilles	Oui	Non
Porte une prothèse auditive	Oui	Non
Porte une prothèse dentaire amovible	Oui	Non
Se déplace en fauteuil	Oui	Non
Utilise une canne / un déambulateur	Oui	Non
Porte une prothèse (hanche, genou...)	Oui	Non
Autres (corset, semelles...)	Oui	Non
Porte un pacemaker	Oui	Non
Consommation de tabac	Oui	Non
Nombre de cigarettes/jour		
Gestion autonome	Oui	Non
Consommation alcoolisée autorisée	Oui	Non
A un traitement médical	Oui	Non
Gestion autonome	Oui	Non
A un traitement d'urgence	Oui	Non
Observations, conseils, <b>protocoles</b> :		

Allergie connue	Oui    Non Si oui, laquelle : .....
Epilepsie	Oui    Non Si oui, fréquence : ..... Déclencheurs : .....
Asthme	Oui    Non Si oui, fréquence : ..... Déclencheurs : .....
Diabète	Oui    Non
Gestion autonome	Oui    Non
<b>Nécessite des soins infirmiers :</b>	
	Oui*    Non
Si oui, fréquence :	Nature du soin: .....
	Nom du médicament: .....
<b>*Joindre une ordonnance 1 mois avant le début du séjour</b>	
<b>CONTRACEPTION / REGLES / SEXUALITE</b>	
<b>Pour les femmes</b>	
Est-elle réglée ?	Oui    Non
Utilisation de serviettes périodiques	Oui    Non
Utilisation de tampons	Oui    Non
Est-elle ménopausée ?	Oui    Non
<b>Pour tous</b>	
Si prise d'un contraceptif, précisez lequel	
Gestion autonome	Oui    Non
S'inscrit avec son conjoint	Oui    Non
Chambre couple	Oui    Non