

Photo du vacancier **Obligatoire**

Nom et prénom du vacancier :	

Merci de compléter entièrement ce document

Cochez les cases correspondantes à la situation

SORTIES ET DE	PLACEM	MENTS
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 :		

_ /				
Dro	CICIO	nc c	ancai	
FIE	CISIU	115, 6	onsei	S

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 :			



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 ne	euvent être le	s difficultés	

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	
COMPORT	EMENT	
Agressivité envers lui	Oui	Non
Agressivité envers les autres	Oui	Non
Agressivité envers les	Oui	Non
objets 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 :	<u> </u>	
COMMUNIC	CATION	
Langage verbal	Oui	Non
Communication spécifique		
Téléphone	Oui	Non
Ecrit	Oui	Non
Lit	Oui	Non
Observations, conseils :	1	



TOILETTE ET HYGIENE			
PERS	ONNELLE		
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 /					
C	COUC	CH	IER		
Fait la sieste	;		Oui	N	on
A un lever diffic	cile		Oui	N	on
A des difficultés s'endormir	pour		Oui	N	on
Se réveille la n	uit		Oui	Ν	on
Angoisses noctu	ıres		Oui	N	on
ALI	MEN	ΙT	ATION		
Mange			eul rec une aic e le fait pa		
Boit			eul rec une aid e le fait pa	-	
Risque de fausse	-route		Ou	ıi	Non
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie etc.			Ou	i	Non
Régime aliment	Régime alimentaire Oui Non			Non	
Aliments à éviter			Ou	i	Non
Particularités alimentaires (aliments mixés, semi- mixés, hachés)					
Observations, conseils pour le premier encadré : Observations, conseils pour le second encadré :					



SANT	E		
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, protocoles:			

	_	
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	
Nécessite des	soins infirmiers :	
Oui*	Non	
Si oui, fréquence :	Nature du soin:	
Nom du médicament:		
*Joindre une ordonnance 1 mois avant le début du séjour		

CONTRACEPTION / REGLES / SEXUALITE

Pour les femmes				
Est-elle réglée ?	Oui	Non		
Utilisation de serviettes périodiques	Oui	Non		
Utilisation de tampons	Oui	Non		
Est-elle ménopausée ?	Oui	Non		
Pour tous				
Si prise d'un contraceptif, précisez lequel				
Gestion autonome	Oui	Non		
S'inscrit avec son conjoint	Oui	Non		
Chambre couple	Oui	Non		