



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.

Renseignements administratifs

Le vacancier	Le médecin traitant
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 ? ☐ OUI ☐ NON
	Si le médecin n'est pas joignable, nom, prénom et téléphone du médecin joignable pendant le séjour :
	

Médical

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



Traitement médical régulier

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

Photo du
vacancier

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