



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, 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