

PHOTO

Veillez nous faire parvenir une photographie numérisée ou un fichier .tiff .pdf .rtf ou autre format commun d'image, afin que nous puissions apposer la photographie du campeur.

FICHE SANTÉ 2021-2022

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : _____ **Sexe :** **M** **F**

Prénom : _____ **Âge** (au 1er Janvier 2021) : _____

RAMQ **No Assurance maladie :** _____ **Date d'expiration :** _____ **Date de naissance :** _____

En cas d'urgence. le nom de l'hôpital où diriger le campeur : _____

Résidence de l'usager : Parent Famille d'accueil R.I. R.I.S R.A.C. C.H.S.L.D Autre : _____

Adresse : _____ **Appart. :** _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

Parent, tuteur ou responsable : _____

Téléphone - 1 : _____ **Téléphone - 2 :** _____

Problématique de l'usager : TSA DI Autre, spécifier : _____

Ratio pour l'accompagnement : 1:1 1:2 1:3 1:4 1:5-6

Intervenant ressource (Nom, prénom) : _____

Organisme : CRDI CLSC Autre, spécifier : _____

Téléphone : _____ **Poste # :** _____

Médecin traitant (Nom, prénom) : _____ **Tel.** (Bureau ou clinique) : _____

Pharmacien (Nom, prénom) : _____ **Tel.** (Pharmacie) : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1re Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

2e Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

3e Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- ALIMENTATION -

Je mange seul : oui non en apprentissage

Je mange avec du matériel adapté: oui non en apprentissage

(spécifier le matériel ; ex. bois, ustensiles, autres) :

Méthode spéciale d'alimentation (ex. gavage, autres) :

Je mange les aliments... : coupés hachés en purée Je les coupe seul

- PRÉFÉRENCES ou LIMITATIONS ALIMENTAIRES - (Veuillez cocher ce qui peut être servi à l'usager)

Rôties :	Pain blanc	Pain brun	Sans gluten	Pain céréalié
Céréales :	<i>-avec lait</i> Cheerios	<i>-sans lait</i> Rice Krispies	Corn Flakes	Mini Wheats
Fruits :	pomme melon	banane ananas	poire raisin	agrumes baies (fraise, framboise, bleuet)
Légumes :	<i>-cuit</i> patates poivrons légumineuses	<i>-cru</i> haricot céleri légumes racines (carotte, betterave, panais)	oignon champignon	tomate courge
Viande:	<i>-avec sauce</i> boeuf/veau	<i>- sans sauce</i> porc	poulet	poisson
Salade / soupe :	<i>-avec vinaigrette</i>	<i>-sans vinaigrette</i>	Soupe	Potage/crème

- ALLERGIES ALIMENTAIRES OU INTOLÉRANCES -

oui non

Lesquelles :

Réactions allergiques :

ÉPIPEN oui non

- DIÈTE SPÉCIALE -

oui non

Détails :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (suite)

- HABILLAGE / DÉSHABILLAGE -

Je m'habille seul : non oui
Avec aide verbale : non oui, spécifier ci-dessous
Avec aide physique : non oui, spécifier ci-dessous
Spécifications :

- SOMMEIL -

Mes heures de sommeil sont :

	coucher :	lever :
Je m'endors rapidement	oui	non, après (minutes/heures) :
Je fais la sieste en après-midi	oui	non
Je me réveille la nuit	non	oui, souvent oui, occasionnellement
Je me lève la nuit	non	oui, souvent
Je dors toujours avec une veilleuse	oui	non, spécifier :
Je dors toujours avec un objet	oui	non, spécifier :

Routine du coucher/dodo (Ex. : me border, lire une histoire) :
-Décrire la routine et détails importants.

- DÉPLACEMENT -

Je circule seul(e) en chaise roulante canne, marchette autres, spécifier :

- ÉLIMINATION -

Je contrôle mes «urines»	oui	jour	nuit, fréquence :
	non	jour	nuit
Je contrôle mon «sphincter»	oui	jour	nuit, fréquence :
	non	jour	nuit
Je porte une couche/culotte incontinence	non	oui, grandeur :	
Je vais à la toilette seul(e)	non	oui, seul(e)	avec aide avec supervision

- HYGIÈNE PERSONNELLE -

Je taille ma barbe seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Je brosse mes dents seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Je change ma serviette sanitaire seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Cycle menstruel (détails) :				
Je prends ma douche seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Je prends mon bain seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (suite)

- ROUTINE DU BAIN -

Les cheveux	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Le dos	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Les bras et mains	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Les jambes et pieds	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Le ventre	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Les fesses	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver
Les organes génitaux	je me lave seul(e)	avec supervision	on doit me laver

Autres particularités :

ASPECTS COMPORTEMENTAUX

J'ai tendance à FUGUER, à explorer sans avertir : oui non
(Circonstances, raisons)

J'ai tendance à me FÂCHER : oui non
(Circonstances, raisons)

Je l'exprime de cette façon :

Intervention à privilégier :

Ce qui me fait PEUR :
Je l'exprime de cette façon :

On me sécurise de cette façon :

J'ai des MANIES : oui non
(Description)

AUTRES aspects comportementaux à souligner (notamment lors du transport en véhicule) : oui non
(Description)

COMMUNICATION

Lors d'un PREMIER CONTACT avec quelqu'un, il est préférable d'agir de cette façon :

Je m'exprime par la **PAROLE** : oui non
(Je sais dire ces MOTS (mots et signification pour la personne))

Je m'exprime avec des **GESTES** : oui non
(Je fais les GESTES suivants (gestes et signification pour la personne))

Je m'exprime avec des **PICTOGRAMMES** : oui non
(Je connais les PICTOGRAMMES suivants (apporter les pictogrammes lors du séjours))

Je sais **LIRE** : oui non
Je sais **ÉCRIRE** : oui non

GOÛTS ET INTÉRÊTS

Mes **ACTIVITÉS PHYSIQUES** préférées sont :

À la piscine, je porte une **VESTE DE FLOTTAISON (vfi)** : oui non

Mes **ACTIVITÉS MANUELLES** préférées sont :

Mes **ACTIVITÉS CULTURELLES** préférées sont :

J'ai un **LAISSER-PASSER** pour mon accompagnateur : oui non
(Spécifier le type de carte (Acces 2 ou autres)) : _____

EXPÉRIENCE DE CAMP, SERVICE DE GARDE ET AUTRES

J'ai déjà vécu une **EXPÉRIENCE DE CAMP** : oui non

Nom du camp : _____ Il y a combien de temps : _____

Appréciation du séjour (Bref résumé du séjour au camp) : _____

Je fréquente des **SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT**: oui non

Je fréquente le **PATRO ROC-AMADOUR**: Ados+ Loisirs + La Passerelle

Je vais à l'**ÉCOLE** : oui non

Nom de l'école : _____ Commission scolaire : _____

Professeur (nom, prénom) : _____ Cycle d'étude (ex. : 1ère, 2e année) : _____

FICHE MÉDICALE

Diagnostic principal : _____

Autres problématiques ou maladies : _____

- CONDITION DE SANTÉ -

Asthme	non	oui	pompe
Diabète	non	oui	type 1 type 2 Glycémie moy. : Insuline
Épilepsie	non	oui	Fréquences des crises :
Eczéma	non	oui	
Psoriasis	non	oui	Spécifier :
Trouble cardiaque	non	oui	Spécifier :
Hypertension (pression haute)	non	oui	Pression moyenne :
Hypotension (pression basse)	non	oui	Pression moyenne :
Trouble digestif	non	oui	Manifestation (ex. vomissement) :
Manque d'appétit	non	oui	Manifestation :
Trouble de vision	non	oui	Spécifier :
Trouble urinaire	non	oui	Spécifier :
VIH/SIDA	non	oui	
Hépatite B / Hépatite C	non	oui	
Trouble anxieux	non	oui	Spécifier :
Crise de colère	non	oui	Fréquence des crises :
Hyperactivité	non	oui	Manifestation :
Insomnie	non	oui	
Trouble de comportement	non	oui	Manifestation :
Hypo/hyperthyroïdie	non	oui	Spécifier :
Trouble auditif	non	oui	
Intervention chirurgicale	non	oui	De quel type :
Constipation	non	oui	

Autres (spécifier et expliquer) : _____

- ALLERGIES -

Poils d'animaux	non	oui	réaction :
Piqûres	non	oui	insecte(s) : réaction :
Foin (allergies saisonnières)	non	oui	réaction :
Aspirine	non	oui	réaction :
Médicaments	non	oui	réaction :
Autres, spécifier et expliquer :			
Vaccination à jour :	non	oui	

- AIDE, SUPPORT -

Orthèse	non	oui	spécifier :
Prothèse dentaire	non	oui	spécifier :
Lunette	non	oui	spécifier :
Appareil auditif	non	oui	spécifier :

Autres particularités ou commentaires : _____

AUTORISATION POUR ADMINISTRATION DES PREMIERS SOINS, TRANSPORT (AMBULANCE) ET PARTAGE D'INFORMATIONS

À titre de répondant et responsable de (nom du campeur) _____,
j'autorise la direction du Camp O'Carrefour à :

- Transmettre les informations contenues dans cette fiche au personnel du Camp O'Carrefour et aux intervenants concernés (personnel des services de santé, premiers répondants) le cas échéant;
- À administrer, au besoin, les médicaments sans ordonnance en vente libre nommés ci-contre selon les conditions et la posologie indiquées.

Acétaminophène (Tempra, Tyféol)
Antihistaminique (Claritin, Reactine, Bénadryl)
Antiémétique (Gravol)
Ibuprofène (Advil, Motrin)
Antidiarrhéique (Immodium)
Antitussif (Bénilyn, Vicks, DM)
Laxatif/Emollient (Lax-a-day, suppositoire glycérine)
Crème antibiotique (Polysporin)
Autres, spécifier (fournir le médicament au campeur):

-
- En cas d'urgence, prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et le confort et dispenser les premiers soins à cette personne;

- À transporter cette personne par ambulance, à mes frais, et la faire admettre dans un établissement de santé;

Par ailleurs, je m'engage à transporter (ou à trouver quelqu'un pour le faire) vers un établissement de santé et à prendre en charge cette personne dans le cas d'accident ou de maladie subite qui ne nécessite pas un transport par ambulance. Si je suis dans l'impossibilité d'assurer ce transport, j'autorise la direction du Camp O' Carrefour à le faire et le faire admettre dans un établissement de santé. J'assumerai les frais de déplacement de 0,50\$ du km, et je rémunérerai chacune des ressources du Camp O'Carrefour, nécessaires à l'intervention, au taux de 15 \$ /heure.

Nom du responsable (Parent, tuteur) en lettres moulées

Signature

Date

Pour ajouter une signature :

1. Ouvrez le formulaire dans Acrobat Reader
2. Sélectionnez Outils > Remplir et signer
3. Cliquez sur > Signer (au centre)
4. Cliquez sur > Ajouter une signature
5. Sélectionnez la signature de votre choix (Taper, tracer, ou image)

Photocopie de la carte d'assurance maladie (RAMQ) et profil pharmacologique OBLIGATOIRES.

FICHE MÉDICAMENT(S)

Je prends des MÉDICAMENTS : oui non

Si oui, veuillez compléter la "Fiche médicaments" pour les détails et l'administration des médicaments.

PRÉNOM de l'utilisateur		NOM de l'utilisateur		DATE : _____
_____		_____		DATE DE PRESCRIPTION : _____
PRÉNOM, NOM du médecin :		TÉLÉPHONE :		COORDONNÉES (bureau) :
_____		_____		_____
PRÉNOM, NOM du pharmacien		TÉLÉPHONE :		COORDONNÉES (pharmacie) :
_____		_____		_____
MÉDICAMENT, nom	DOSAGE (mg/ml)	HEURE de prise	FORME et COULEUR	INSTRUCTION PARTICULIÈRES pour L'ADMINISTRATION
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____

Heures de prise, légende : (D) = Déjeuner, (M) = midi, (S) = Souper, (C) = Coucher, Hre = heure précise de l'administration des médicaments

(*) Les pilules et comprimés sont obligatoirement présentés dans un pilulier (dispill). Demander à votre pharmacien de vous le préparer.

L'information sur la prescription et les médicaments sont remis à l'infirmière du camp à l'arrivée.

FICHE MÉDICAMENT(S)

PRÉNOM de l'usager _____		NOM de l'usager _____		DATE : _____
PRÉNOM, NOM du médecin : _____		TÉLÉPHONE : _____		DATE DE PRESCRIPTION : _____
PRÉNOM, NOM du pharmacien _____		TÉLÉPHONE : _____		COORDONNÉES (bureau) : _____
PRÉNOM, NOM du pharmacien _____		TÉLÉPHONE : _____		COORDONNÉES (pharmacie) : _____
MÉDICAMENT, nom	DOSAGE (mg/ml)	HEURE de prise	FORME et COULEUR	INSTRUCTION PARTICULIÈRES pour L'ADMINISTRATION
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____

Heures de prise, légende : (D) = Déjeuner, (M) = midi, (S) = Souper, (C) = Coucher, Hre = heure précise de l'administration des médicaments

(*) Les pilules et comprimés sont obligatoirement présentés dans un pilulier (dispill). Demander à votre pharmacien de vous le préparer.

L'information sur la prescription et les médicaments sont remis à l'infirmière du camp à l'arrivée.

FICHE MÉDICAMENT(S)

PRÉNOM de l'usager _____		NOM de l'usager _____		DATE : _____
PRÉNOM, NOM du médecin : _____		TÉLÉPHONE : _____		DATE DE PRESCRIPTION : _____
PRÉNOM, NOM du pharmacien _____		TÉLÉPHONE : _____		COORDONNÉES (bureau) : _____
PRÉNOM, NOM du pharmacien _____		TÉLÉPHONE : _____		COORDONNÉES (pharmacie) : _____
MÉDICAMENT, nom	DOSAGE (mg/ml)	HEURE de prise	FORME et COULEUR	INSTRUCTION PARTICULIÈRES pour L'ADMINISTRATION
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> D _____ Hre <input type="checkbox"/> M _____ Hre <input type="checkbox"/> S _____ Hre <input type="checkbox"/> C _____ Hre	_____	_____

Heures de prise, légende : (D) = Déjeuner, (M) = midi, (S) = Souper, (C) = Coucher, Hre = heure précise de l'administration des médicaments

(*) Les pilules et comprimés sont obligatoirement présentés dans un pilulier (dispill). Demander à votre pharmacien de vous le préparer.

L'information sur la prescription et les médicaments sont remis à l'infirmière du camp à l'arrivée.