



A l'attention du médecin traitant,

Madame, Monsieur,

Votre patient va participer à un séjour de vacances adaptées au sein de l'association « Vendée Amitié ». Afin de permettre la continuité des soins durant le séjour et en cas d'urgence, merci de compléter la fiche d'informations médicales ci-dessous. Elle restera **confidentielle**. En cas d'urgence, elle sera transmise aux professionnels de santé

Renseignements administratifs	
<p>Le vacancier :</p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Date de naissance :</p> <p>Sexe :</p> <p>N° de Sécurité Sociale :</p>	<p>Le médecin traitant :</p> <p>Nom et Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p>Ville et CP :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Est-il joignable pendant le séjour ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Si le médecin n'est pas joignable : Nom, Prénom et téléphone du médecin joignable pendant le séjour :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Médical						
Groupe sanguin :	Poids :	Taille :				
Déficience/ Handicap :						
	Moteur	Sensoriel	Mental	Cognitif	Psychique	Polyhandicap
OUI						
NON						
Pathologies (ex : autisme, trisomie, psychose, etc...) :						
Pathologie(s) associée(s) :						
Vaccination à jour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date des derniers rappels :						
Antécédents médicaux :						
Antécédents chirurgicaux :						
Est-il épileptique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, est-il stabilisé ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions :						
Est-il diabétique : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, a-t-il besoin d'injections : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, est-il autonome : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
La personne souffre-t-elle de problèmes cardiaques : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
La personne a -t-elle de l'asthme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, y-a-t-il un traitement : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Précisions :						
La personne suit-elle un régime alimentaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions :						
La personne souffre-t-elle d' allergies : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisions :						
L'état de santé de la personne est-il compatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Contre-indications liées au traitement, vigilances à avoir et autres problèmes actuels à signaler :						
.....						
.....						

Vendée Amitié - 5 impasse d'Aquitaine - 85190 AIZENAY
 06 75 15 96 65 - vendeeamitie.president@gmail.com
 Agrément VAO : DRDCS/PCS/2021-02 - Immatriculation Atout France IM 085160002



Traitement médical régulier

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

NOM DU MEDICAMENT	Matin <i>(indiquer la posologie)</i>	Midi <i>(indiquer la posologie)</i>	16h <i>(indiquer la posologie)</i>	Soir <i>(indiquer la posologie)</i>	Coucher <i>(indiquer la posologie)</i>

Passage infirmier pendant le séjour : OUI* NON (*Merci de fournir une ordonnance médicale valide. Ne pas fournir de duplicata !)

Si oui, précisez la fréquence ou les dates de passage :

Type de soin :

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 2020 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 du Médecin