FICHE SANITAIRE

Nom et Prénom du vacancier : .....

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. A la fin du séjour, elle sera restituée à la personne accueillie.

Renseignements administratifs

Le vacancier :	**Le médecin traitant :**
Nom et Prénom : ..... Date de naissance : ..... Sexe : ..... N° de Sécurité Sociale :	Nom et Prénom : ..... Adresse : ..... Ville et CP : ..... 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
OUI						
NON						

Pathologie(s) associée(s) : .....

Vaccination à jour : ◻ OUI ◻ NON Date des derniers rappels : .....

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 :

.....

.....

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

FICHE SANITAIRE

Nom et Prénom du vacancier : .....

Traitement médical régulier

→ Nous fournir une copie de l'ordonnance des traitements actuels.

Au moment du départ, merci de fournir l'ordonnance avec le traitement en cours ainsi qu'une ordonnance pour les traitements utilisable en cas de nécessité

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

Autorisation d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale

Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal) .....
.....
autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie sur la personne .....
.....

Fait à ....., le .....

Signature du vacancier ou de son représentant légal