

Questionnaire de visite nouveau vacancier

Date de la visite :

Nom et prénom du Vacancier :

Ce questionnaire n'est pas exhaustif, car chaque vacancier est différent ! ! !

N'hésitez donc pas à poser d'autres questions ! ! ! !

Renseignez-vous surtout quant à l'autonomie du vacancier ! Il est important de ne pas lui donner de mauvaises habitudes et surtout de ne pas vous faire avoir ... surtout en ce qui concerne les transferts !!!

Boire et manger

Besoin d'aide : oui / non genre

.....

Matériel :

.....

.....

Position du vacancier : en arrière / chaise spéciale / autre

.....

.....

Position du moniteur : égal / à gauche / à droite / debout / assis / autre

.....

.....

Régime particulier : normal / sans sel / sans gluten / sans lactose / autre

.....

.....

Faut-il faire attention à la quantité ? oui / non

.....

Aliments à éviter /Allergies :

.....

Aliments préférés :

.....

Consistance : coupé normal / coupé petit/ mastiqué / mixé / liquide

Déjeuner (contenu) :

Boisson : chaude / tiède / froide / gazeux / non-gazeux / dé-gazéifié

Alcool oui - non, quantité : / jour préférence

Faut-il stimuler le vacancier à boire ? oui / non

Faut-il veiller à une limite minimale journalière ? Oui / Non Quantité minimale :.....

Autres

Hygiène

Besoin d'aide : oui / non / genre

Bain / douche (chaise / lit / baignoire/ debout) matin / soir / égal /quotidien

Fréquence lavage des cheveux :

Brossage des dents : après chaque repas /autre :

Peut cracher / avale

Intégrité de la peau (risque d'escarre, mycose, etc)

Se vêtir

A-t-il besoin d'aide oui / non

Si oui quel genre d'aide

Par quel bras faut-il commencer lorsqu'on enfle un pull ou 1 jaquette gauche / droite / égal
Comment faut-il l'habiller : debout / couché

Éliminer

Est-il continent de jour : oui / non

Est-il continent de nuit : oui / non

Utilisation des wc : oui / non / avec aide

Sur demande / horaire / à questionner:

.....

Combien de temps faut-il laisser le vacancier sur les toilettes ?

.....

Changement de langes : debout / couché fréquence :

.....

Chaise percée : oui / non Urinal oui / non

Fréquence des selles : Constipation oui / non si oui, médicament :

.....

Au bout de combien de jours de constipation faut-il intervenir ?

.....

Moment privilégié dans la journée pour aller à selles ?

.....

Pour les filles : menstruation
pendant le camp
contraception

☐ oui ☐ non

☐ oui ☐ non ☐ on ne sait pas

☐ oui ☐ non ☐ laquelle :

Dormir

Heure de réveil : habitudes

.....

Heure de coucher :habitudes

.....

Sieste : oui / non

Position

.....

.....

Matériel : barrières de lits : oui /non

Lit électrique / coussins / autre :

.....

Dans la chambre : une petite lampe veilleuse : oui /non

Seul / Peut partager sa chambre

Réveil pendant la nuit : oui / non motif :

.....

Fréquence : Réaction (que faut-il faire?)

.....

Nombre d'heures de sommeil nécessaires :

.....

Est-il vite fatigué ? oui / non Gère-t-il la fatigue : oui / non

Divertissements

Piscine : oui / non matériel :

.....

Équitation : oui / non

Supporte-t-il l'altitude ? oui / non téléphérique ? oui / non

Est-il malade en voiture (routes de montagnes) ? oui / non

Supporte-t-il le soleil ? oui / non matériel : casquette / crème /

.....

Supporte-t-il la foule ? oui / non

Supporte-t-il le bruit ? oui / non les feux d'artifice ? oui / non

A-t-il peur de l'orage ? oui / non

Supporte-t-il le bateau ? oui / non

Peur des animaux ? oui / non lesquels :

.....

Allergie aux poils ? oui / non lesquels :

.....

Hobbys :

.....

Médicaments

oui/non : voir fiche de médication à compléter par les parents ou institution

.....

Doit-on stocker les médicaments selon des indications précises?

.....

.....

Allergie à des médicaments : oui / non Lesquels:

.....

Communication

Normal / téléthèse / classeur / planche / signes / langage / autre :

.....

.....

Utilisation :

.....

.....

Exercices de mobilité

Genre :

.....

.....

Fréquence :

.....

A-t-il des attelles à mettre ? oui / non fréquence ?

.....

Mobilisation

Marche-t-il : oui / non

Si besoin d'aide, comment ?

.....

De quel côté faut-il se mettre ? gauche / droite

Appuie-t-il tout son poids sur la personne qui l'accompagne ? oui / non

Chaise roulante manuelle / électrique

Utilisation pliable : oui / non rechargement :

.....

Si elle est pliable, comment se plie-t-elle ? À démontrer lors de la visite et du départ en camp

.....

.....

Pousse-t-il sa chaise ? oui / non

Est-il attaché(e) sur sa chaise ? oui /non, à quel niveau du corps ?

.....

.....

.....

Changements de position : oui / non fréquence

.....

Autres :

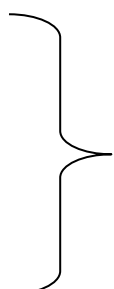
.....

Epilepsie

Épileptique ? oui / non

L'épilepsie est-elle stabilisée ? oui / non

Déroulement d'une crise
Cause / Signes précurseurs
Réactions / actions
Médicament(s) lors de crise
Quand donner ?
Forme d'administration
Où le trouver ?



Contrôler les informations du carnet de santé

Caractère

Sens de l'humour ? Mauvais caractère ? Têtu ? vite vexé ? Mauvais perdant ?

.....

.....

Anxieux ? Déstabilisé ?

.....

Comment cela se remarque-t-il ?

.....

.....

Quelles sont ses petites habitudes qui lui permettent de se sentir à l'aise (dans son monde) ?

.....

.....

Comment calmer le jeu si l'anxiété monte ?

.....
.....
.....

Autre

.....
.....

A rappeler aux parents lors de votre visite :

- Ne pas oublier l'appuie-tête de la chaise qui est obligatoire
- Ne pas oublier le siège pour voiture ou réhausseur si nécessaire
- Ne pas oublier la carte de transport et la carte d'identité
- Fournir des langes, des lingettes humides, des alèses et des bavettes en suffisance
- Ne pas oublier les accessoires personnels pour manger et pour la piscine
- Donner un peu d'argent de poche pour le vacancier lui-même

Date de la visite :

Signature de l'accompagnant(e)