



FICHE MEDICALE ADULTES

Le participant

Nom : **Prénom :**
Sexe (M/F) : **Né(e) le :** / /
N° de sécurité sociale :
Taille : **Poids :** **Groupe sanguin :**

Sens

Déficiência auditive : oui non
- si oui : légère moyenne complète
- est appareillé : oui non
- si oui, précisez :
- le gère seul : oui non

Déficiência visuelle : oui non
- si oui : légère moyenne complète
- est appareillé : lunettes lentilles

Autre déficiência sensorielle : oui non
- si oui, précisez :
.....

Prothèse et appareillage médical

Prothèse dentaire : oui non
- la gère seul : oui non

Fauteuil roulant : oui non
- si oui : en permanence sporadiquement

Matériel orthopédique : oui non
(*bas de contention etc...*)

- si oui, précisez :
.....
.....
- le gère seul : oui non

Médical

Vaccination

- Est à jour des vaccinations obligatoires: oui non
- Date des derniers rappels :
.....

- A été vacciné contre la **COVID-19** :
oui en cours non

Est-il **épileptique** : oui non
- si oui, est-il stabilisé : oui non
- précisez :
.....

Est-il **diabétique** : oui non
- si oui, a-t-il besoin d'injections: oui non
- fait par une infirmière : oui non
- fait par lui même : oui non

Le participant souffre de **problèmes cardiaques** :
oui non

- si oui, précisez :
.....
.....

Souffre-t-il d'**allergies** : oui non
- si oui, précisez :
.....

Le bénéficiaire a-t-il de l'**asthme** : oui non
- si oui, a un traitement : oui non
- sait le gérer : oui non

Suit-il un **régime alimentaire** : oui non
- si oui, précisez :
.....

- mange mixé : oui non
- mange pré-haché : oui non

Autorisation de **baignade** : oui non
- si non, indiquez la raison:
.....

Contre-indications particulières : oui non
- Si oui, précisez :
.....

Utilise un **moyen contraceptif** : oui non
- lequel :
- le gère seul : oui non

Interventions chirurgicales récentes (précisez la date) :
.....
.....

TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier (si oui, indiquer la posologie dans le tableau): oui non
 - Le prend seul : oui non

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et les piluliers nominatifs.

PROTOCOLE MÉDICAL EN CAS D'URGENCE OU « SI BESOIN »

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier : crises, règles douloureuses, maux de transport etc...

SITUATIONS	Signes d'appels (exemple : gonflement, plaques rouges, violence...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir - Médicaments et dose à administrer - Position à privilégier...
Si allergie, précisez:			
Si épilepsie			
Gestion de troubles du comportement, précisez :			
Si asthme			
Autres, précisez :			

Remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et un pilulier nominatif dédié à ce traitement « en cas d'urgence » .

Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus **nécessitent-ils un appel d'urgence** à une assistance médicalisée :

- pendant l'urgence et avant de lui administrer le traitement : oui non
- après la gestion de l'urgence : oui non

Si oui, un **contact est-il à privilégier** (SAMU, spécialiste, médecin traitant...) : oui non

si oui lequel :

Je soussigné, Docteur..... certifie que **l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.**

Certifié exact le à

Signature et cachet :