

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Date :

Cette fiche de renseignements rassemble toutes les informations importantes pour garantir un accompagnement de qualité aux personnes qui participent aux séjours ou activités. Elle sera consultée et utilisée par le-la responsable de l'activité et les membres de l'équipe dont le-la moniteur-trice référent-e.

Ces données sont confidentielles. Cependant, certains éléments peuvent être transmis en cas de nécessité à des professionnel-le-s externes à l'association.

Nous vous remercions de la remplir avec soin. Vous avez la possibilité de la compléter avec des documents mentionnant des protocoles ou des marches à suivre pertinents.

Renseignements administratifs

Participant-e

| | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Genre : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Langue maternelle : | |
| Adresse : | Numéro postal : |
| Localité : | Pays : |
| Tél. : | Tél. mobile : |
| E-mail : | |
| Curatelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Numéro AI : |
| Allocation pour Impotence : Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> | |
| Assurance maladie : | N° Police : |
| Assurance accident : | N° Police : |
| Assurance responsabilité civile : | N° Police : |
| Assurance de rapatriement aérien : | N° Police : |
| Membre de la Fondation Cerebral : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Carte de légitimation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date d'échéance : | joindre une copie |
| Carte CFF : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date d'échéance : | joindre une copie |

Parent A / Curateur-trice

| | |
|------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Numéro postal : |
| Localité : | Pays : |
| Tél. : | Tél. mobile : |
| E-mail : | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Parent B / Curateur-trice

| | |
|------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Numéro postal : |
| Localité : | Pays : |
| Tél. : | Tél. mobile : |
| E-mail : | |

Curateur-trice

| | |
|------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | Numéro postal : |
| Localité : | Pays : |
| Tél. : | Tél. mobile : |
| E-mail : | |

Institution fréquentée

| | |
|--|-------------------|
| Nom : | Interne / Externe |
| Adresse : | Numéro postal : |
| Localité : | Pays : |
| Appartement : | Tél. : |
| Nom du référent : | E-mail : |
| Personne joignable pendant le séjour : | |
| Tél. mobile : | Bip d'urgence : |

Médecin traitant

Autre médecin (à préciser)

| | |
|----------------------|----------------------|
| Nom / prénom : | Nom / prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| Localité : | Localité : |
| Tél. / Tél. mobile : | Tél. / Tél. mobile : |
| E-mail : | E-mail : |

Personne à qui s'adresser en cas d'absence des parents/curateur-trice/référent

| | |
|--|----------|
| Lien avec la personne en situation de handicap : | |
| Nom : | Prénom : |
| Tél./ Tél. mobile : | E-mail : |

Si liste avec toutes les personnes ressources existantes, merci de la joindre

Renseignements généraux utiles pour l'accompagnement au quotidien

Merci de mettre en évidence les 5 éléments les plus importants à retenir pour que la personne se sente à l'aise dans l'activité et reçoive les soins indispensables (pour les soins médicaux, voir p.9)

1.

2.

3.

4.

5.

Diagnostic

Particularités :

Moyens auxiliaires utilisés :

Communication / Langage / Expression

Langue comprise et parlée :

La personne sait-elle lire ? Oui Non Commentaires :

La personne sait-elle écrire ? Oui Non Commentaires :

Communication verbale : Oui Non De quelle manière ?

Communication gestuelle : Oui Non De quelle manière ?

Communication à l'aide d'un moyen auxiliaire ou d'outils spécifiques (pictogramme, synthèse vocale, autre) :

Peut-elle exprimer ses besoins ? Oui Non

De quelle manière ?

Manifestations habituelles pour exprimer

Douleur : préciser si la personne ne ressent pas et/ou n'exprime pas la douleur et que faire :

Anxiété : que faire ?

Désaccord : que faire ?

Bien-être : que faire ?

Autonomie et orientation

| |
|---|
| Se déplacer seul à l'extérieur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se déplacer seul dans la ville : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Dans des lieux connus : Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> |
| Dans des lieux nouveaux : Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> |
| De quelle manière ? |
| Précisions, si nécessaire : |
| Fugue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, dans quelle circonstance ? |
| Précautions à prendre : |
| Notion du danger : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, préciser les précautions à prendre : |
| Commentaires : |

Vie sociale / en groupe / relations sociales

| |
|--|
| Amitié ou mésentente particulière avec un-e autre participant-e : |
| Capacité d'intégration dans un groupe : Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> |
| Adaptation aux changements et situations nouvelles : Bonne <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> |
| Manifestation possible d'un comportement inadéquat : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lequel ? |
| Besoin de s'isoler de temps en temps : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Remarques particulières : |

Mobilité / Motricité

| |
|---|
| Déplacement |
| Seul-e <input type="checkbox"/> Avec des béquilles <input type="checkbox"/> Avec le soutien d'une personne <input type="checkbox"/> Avec un déambulateur <input type="checkbox"/> |
| Avec une chaise roulante manuelle et attache obligatoire <input type="checkbox"/> |
| Avec une chaise roulante électrique et attache obligatoire <input type="checkbox"/> |

| |
|---|
| Transports |
| Certains moyens de transport sont-ils mal supportés ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, que faut-il faire ? |
| Transfert possible sur un siège passager : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

| |
|--|
| Transferts pour une personne en chaise |
| Autonome <input type="checkbox"/> Avec aide partielle <input type="checkbox"/> Avec aide complète <input type="checkbox"/> |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Fatigabilité

| | |
|--|---|
| Lors des activités de loisirs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Lors d'une marche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Lors de déplacements en chaise roulante : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Lors de déplacements en bus : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| | Lors de sorties nocturnes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Remarques/précautions à prendre : | |

Habillage / déshabillage

| | |
|--|---|
| Choisir ses vêtements seul-e : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | S'habiller seul-e : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se déshabiller seul-e : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Avoir accès à ses vêtements : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Aide nécessaire pour : | Commentaires : |

Alimentation

(Note : les allergies sont à mentionner dans la rubrique santé)

| | |
|---|---|
| Régime alimentaire à suivre : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Lequel : |
| Raisons : | |
| Préférences : | Intolérances : |
| Allergies alimentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Café autorisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Alcool autorisé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, type d'alcool et quantité : | |
| Habitues pour le petit déjeuner (décrire ce que la personne boit et aime manger) : | |

Gestion personnelle

| | |
|---|----------------------------------|
| Autonomie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Besoin de stimulation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui comment ? | |
| Aide pour couper les aliments : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, comment ? | |
| Donner à manger : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Combien de temps dure un repas ? |
| Les aliments doivent-ils être coupés fins ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Les aliments doivent-ils être hachés ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Les aliments doivent-ils être mixés ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Risque de fausses routes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Manifestation quand la personne a faim : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, de quelle manière ? | |

| | |
|--|---|
| Aide pour boire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Les boissons doivent-elles être gélifiées ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Manifestation quand la personne a soif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| De quelle manière ? | |
| Surveillance du poids : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

| |
|--|
| Particularités pour prendre le repas : |
| Ustensiles utilisés : couverts <input type="checkbox"/> , verre <input type="checkbox"/> , paille <input type="checkbox"/> et/ou autres ustensiles spécifiques : |

| | |
|--|---|
| Spécificités en lien avec l'alimentation | |
| Trouble du comportement alimentaire : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui quel accompagnement proposer ? | |
| Refus d'un repas possible : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Quel comportement adopter ? | |
| Troubles de la déglutition : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Précautions à prendre : | |
| Sonde gastrique ou sonde de gastrostomie ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| En cas de nourriture par sonde, la personne peut-elle recevoir des aliments ou des boissons par la bouche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> , si oui quels aliments/boissons et quelles précautions à prendre ? | |
| Alimentation pendant la nuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Horaires : |
| Précautions particulières : | |

Soins et hygiène corporelle

| | |
|--|--|
| Faire sa toilette, besoin d'aide ou d'accompagnement pour : | |
| Se brosser les dents : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, manière de faire : |
| Se brosser les cheveux : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se couper les ongles : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Régler la température de l'eau : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se raser : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se savonner : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se laver (corps et cheveux) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Décrire s'il y a des attentions particulières à avoir pour l'aide à apporter : | |

| | |
|--|---|
| Préférence ou habitude de prendre : | |
| Un bain : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Une douche : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Possibilité de se laver en étant sur un siège de douche : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Précautions à prendre : | |
| Utilisation d'un lit-douche : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Fréquence et moment habituel pour prendre le bain ou la douche : | |
| Produits spécifiques à utiliser : | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

| | |
|---|--|
| Aller aux toilettes | |
| Gestion autonome : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Rappeler d'aller aux toilettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Besoin d'aide : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quelle aide ? | |
| Utilisation d'une chaise percée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Accompagnement aux toilettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Aide pour le transfert : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Attention particulière pour : | |

| | |
|--|--|
| Incontinence | |
| Le jour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | La nuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Occasionnellement : Si oui, dans quelle situation ? | |
| Condom : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Sonde vésicale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autre dispositif mis en place : | |
| Se lever la nuit pour aller aux toilettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, expliquer comment ça se passe : | |

| | |
|--|---|
| Utilisation de protections | |
| Le jour : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | La nuit : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Occasionnellement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, dans quelle situation ? | |
| Fréquence de changement des protections : | |

| | |
|---|---|
| Tendance à la constipation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, comment y remédier : | |
| Suppositoire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Practoclyss : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autre dispositif mis en place et/ou remarques : | |
| Menstruations : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui régularité, problèmes éventuels, attentions particulières : | |

Sommeil et temps de repos

| | |
|--|---------------------------------|
| La personne partage-t-elle volontiers sa chambre ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Au coucher, existe-t-il un rituel, un objet à avoir, etc. ? | |
| Heure habituelle du coucher : | Heure habituelle du lever : |
| Nombre d'heures souhaitables de sommeil : | Position pendant le sommeil : |
| Au lever, existe-t-il un rituel ? | |
| Système de contention : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le protocole reconnu par le représentant légal doit impérativement être annexé (joindre document) | |
| Réveil nocturne : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, que faire ? |
| Sieste : Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> | Horaire habituel de la sieste : |
| La sieste est-elle recommandée ? | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Vie affective et sexuelle

Notre association est signataire de la Charte amour et sexualité rédigée par les acteurs genevois du domaine du handicap. Cette Charte est disponible sur le site internet de l'association. Durant les vacances, nous nous engageons donc à accompagner les personnes qui le souhaitent à vivre leurs relations tout en assurant leur sécurité tant physique que psychique. Pour toutes questions à ce sujet, vous pouvez contacter le secrétariat.

| | |
|---|--|
| La personne souhaite-t-elle partir en vacances avec son-sa conjoint-e ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Qui est son-sa conjoint-e ? | Souhaite-t-elle partager la même chambre ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Comportement particulier et attitude liées à l'intimité, la sexualité et aux relations affectives : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, le/la décrire : | |
| Utilisation d'un moyen contraceptif : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, est-il géré de manière autonome ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Aide nécessaire, contrôle, remarque : | |

Plaisirs personnels et gestion des affaires personnelles

| | |
|---|--|
| Objets préférés, lesquels ? | Faut-il les utiliser régulièrement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Habitudes particulières, rituels : | |
| Gestion autonome des effets personnels (trousse de toilette, moyens auxiliaires, lunettes, etc.) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Attention particulière : | |
| Gestion autonome de l'argent de poche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, quelle somme ? |
| Attention particulière : | |
| Plaisir de fumer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, gestion autonome du nombre de cigarettes ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, quelle limite appliquer et comment est-elle acceptée ? | |

Loisirs

Mettre en avant les activités préférées de la personne :

| |
|--|
| Activités d'ordre corporel : Bains thermaux <input type="checkbox"/> , massages <input type="checkbox"/> , expression corporelle <input type="checkbox"/> , danse <input type="checkbox"/> Autres : |
| Activités créatrices : théâtre <input type="checkbox"/> , conte <input type="checkbox"/> , musique <input type="checkbox"/> , chant <input type="checkbox"/> , peinture <input type="checkbox"/> , bricolage <input type="checkbox"/> , modelage <input type="checkbox"/> Autres : |
| Activités éducatives : puzzle <input type="checkbox"/> , jeux de société <input type="checkbox"/> , jeux pédagogiques <input type="checkbox"/> , tablette <input type="checkbox"/> Autres : |
| Activités culturelles : concert <input type="checkbox"/> , spectacle <input type="checkbox"/> , visite de musée <input type="checkbox"/> Autres : |
| Activités extérieures et sportives : promenade <input type="checkbox"/> , équitation <input type="checkbox"/> , tennis voile <input type="checkbox"/> , vélo <input type="checkbox"/> , piscine <input type="checkbox"/> Autres : |
| Activités peu ou pas appréciées par la personne : |
| Activités aquatiques : |
| La personne est-elle à l'aise dans l'eau ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| La personne sait-elle nager ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, en eau profonde sans bouée ? |
| Précautions à prendre : |

Renseignements médicaux (ou liés à la santé)

Merci de mettre en évidence les éléments indispensables qui, s'ils ne sont pas respectés, peuvent mettre en danger la personne (allergie, contre-indication médicamenteuse, risque de chutes, activité déconseillée, etc.)

| |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

| | |
|--|-------------------|
| Groupe sanguin : | Rhésus si connu : |
| Vaccination contre le tétanos, date du dernier rappel : | |
| Maladies infantiles (déjà eues par la personne) : | |
| Rougeole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> | |
| Autres : | |
| Existe-t-il des recommandations ou directives anticipées : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, lesquelles ? (Joindre document) | |

Maladies transmissibles

| |
|---|
| La personne a-t-elle une maladie transmissible (par ex. staphylocoque doré, hépatite, etc.) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, nom de la maladie : |
| Protocole à suivre : |
| Commentaires : |

Allergies, intolérances, sensibilités

| | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Allergie à des aliments : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui, lesquels ? | | | |
| Traitement habituel : | | | |
| Allergie à des médicaments : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| Si oui, lesquels ? | | | |
| Traitement habituel : | | | |
| Autres allergies : | | | |
| Si oui, lesquelles ? | | | |
| Traitement habituel : | | | |
| Remarques : | | | |
| Sensibilité des yeux : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Sensibilité aux coups de soleil : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Sensibilité au chaud : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Sensibilité au froid : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) sensibilité(s) : | | | |
| Remarques : | | | |

Problèmes respiratoires

| | |
|---|---|
| La personne a-t-elle des problèmes respiratoires (asthme, etc.) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| De quel type ? | |
| Comment faut-il les gérer ? | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Problèmes cardiaques

| | |
|---|---|
| La personne a-t-elle des problèmes cardiaques ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| De quel type ? | |
| Comment faut-il les gérer ? | |
| Altitude maximale autorisée si problème : | |

Dispositifs particuliers

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------|---|
| Appareil auditif : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Lunettes : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Verres de contact : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Prothèse dentaire : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Prothèse : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Corset : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Attelles : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Tige vertébrale : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Sonde gastrique : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Sonde vésicale : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Drain ventriculo-péritonéal : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Pompe à baclofen : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autre dispositif : | | | |
| Attention particulière à porter : | | | |

Troubles moteurs

| | |
|---|---|
| La personne a-t-elle des troubles moteurs ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui de quel type ? | |
| Précautions à prendre : | |

Epilepsie

| | |
|---|---|
| La personne fait-elle des crises ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Quel type de crise (convulsions, absences) ? | |
| Fréquence : | |
| Durée : | |
| Moment particulier (jour/nuit) : | |
| Signes annonciateurs et circonstances pouvant déclencher une crise (mouvements, émotions, altitude, etc.) : | |
| A quand remonte la dernière crise ? | |
| Comportement approprié en cas de crise : | |
| Médicament de réserve à administrer en cas de crise (à détailler dans fiche médication) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Autres mesures à prendre durant la crise : | |

Troubles du comportement, agressivité et/ou violence (physique, verbale, comportementale)

| |
|--|
| Phobies et craintes spécifiques (peur du noir, de la foule, des animaux, etc.) : |
| Précautions à prendre : |
| Risque d'attitude inadaptée (foule, bruit, personnel médical, vide, eau, etc.) : |
| Précautions à prendre : |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

| | |
|---|---|
| Peut-il y avoir des comportements violents ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels (violence contre soi-même, les objets, les autres) ? | |
| Quelles sont les situations qui peuvent déclencher une situation de violence ? | |
| Peut-il y avoir des troubles du comportement ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <i>Si oui, précisez les points suivants :</i> | |
| Quels troubles ? | |
| Signes annonciateurs et circonstances pouvant déclencher une situation de crise : | |
| Comportement approprié en cas de crise : | |
| Médicament de réserve à administrer en cas de crise (à détailler dans fiche médication) : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres mesures à prendre durant la crise : | |

Médication

| | |
|---|---|
| La personne prend-elle des médicaments de manière régulière ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Les horaires doivent-ils impérativement être respectés ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Pour quel(s) médicament(s) : | |
| Merci de préciser sur la fiche de médication si un écart de médication est nécessaire entre la/les prise(s) de certains médicaments. | |
| La personne est-elle autonome dans la prise de ses médicaments ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Les comprimés sont-ils à écraser ou à mélanger ? comment ? Avec quoi ? | |
| Utilisation d'une réserve (à détailler dans fiche médication) : | |

Tout médicament doit être accompagné d'une fiche de médication. Celle-ci doit impérativement :

- être datée et signée (au plus tôt 2 semaines avant le départ) et placée dans la valise de la personne.
- préciser les circonstances de l'administration de la réserve : signes à observer, à partir de quand faut-il administrer la réserve et selon quel protocole.

Altitude

| | |
|---|--|
| La personne supporte-elle bien l'altitude : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Y-a-t-il une altitude à ne pas dépasser : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? |
| Pour raison médicale ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Attentions particulières ? | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Collaboration avec des services de santé

| | |
|--|---|
| L'intervention d'un-e aide-soignant-e est-elle nécessaire : Si oui à quelle fréquence ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| L'intervention d'un-e infirmier-ère est-elle nécessaire : Si oui à quelle fréquence ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à l'une de ces deux questions, veuillez impérativement nous faire parvenir les prescriptions médicales au plus tard 15 jours avant le début du séjour.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Nécessité d'avoir un lit médicalisé : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Nécessité d'avoir une chaise percée : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Observations et remarques

| |
|---|
| Autres observations personnelles pouvant être utiles au bien-être de la personne en situation de handicap : |
| Remarques éventuelles s'il y a des différences de comportement observées entre l'institution et la famille : |
| Objectif spécifique à poursuivre durant le séjour (sans toutefois oublier qu'il s'agit d'un temps de vacances) : |
| Si nécessaire, n'hésitez pas à ajouter à la présente fiche de renseignements tous les documents et protocoles qui vous semblent pertinents pour la prise en charge de la personne concernée. Assurez-vous que tous les documents transmis soient bien mis à jour et que les dates de validité soient les bonnes. |

Fiche remplie par :

| | |
|--|----------|
| Nom : | Prénom : |
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Personne partant en séjour <input type="checkbox"/> Educateur-trice <input type="checkbox"/> Curateur-trice | |
| En collaboration avec : | |
| Nom : | Prénom : |
| <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Personne partant en séjour <input type="checkbox"/> Educateur-trice <input type="checkbox"/> Curateur-trice | |
| Lieu : | Date : |
| Signature : | |

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Pour la participation à un séjour

Confidentiel



Association Cerebral Genève

Merci de nous retourner par mail ou par courrier avec la confirmation d'inscription les documents suivants mis à jour :

| | | |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Fiche renseignements | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| Décharge activités | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| Fiche HUG | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| Carte légitimation | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| Carte CFF | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| PROTOCOLES si pertinents | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |

Merci de bien penser à joindre dans les bagages :

| | | |
|---|-------------------------|--------------------------|
| Fiche des prescriptions médicales | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |
| Inventaire des affaires personnelles | <i>joindre document</i> | <input type="checkbox"/> |