

PHOTO

Veillez nous faire parvenir une photographie numérisée ou un fichier .tiff .pdf .rtf ou autre format commun d'image, afin que nous puissions apposer la photographie du campeur.

FICHE SANTÉ 2024-2025

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom : _____ **Sexe :** **M** **F**

Prénom : _____ **Âge** (au 1er Janvier 2024) : _____

RAMQ **No Assurance maladie :** _____ **Date d'expiration :** _____ **Date de naissance :** _____

En cas d'urgence. le nom de l'hôpital où diriger le campeur : _____

Résidence de l'usager : Parent Famille d'accueil R.I. R.I.S R.A.C. C.H.S.L.D Autre : _____

Adresse : _____ **Appart. :** _____

Ville : _____ **Code postal :** _____

Parent, tuteur ou responsable : _____

Téléphone - 1 : _____ **Téléphone - 2 :** _____

Problématique de l'usager : TSA DI Autre, spécifier : _____

Ratio pour l'accompagnement : 1:1 1:2 1:3 1:4 1:5-6

Intervenant ressource (Nom, prénom) : _____

Organisme : CRDI CLSC Autre, spécifier : _____

Téléphone : _____ **Poste # :** _____

Médecin traitant (Nom, prénom) : _____ **Tel.** (Bureau ou clinique) : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1re Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

2e Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

3e Personne (Nom, prénom) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec le campeur : _____

AUTONOMIE FONCTIONNELLE

- ALIMENTATION -

Je mange : seul avec une aide je dois être nourri(e)

Je mange avec du matériel adapté: oui non en apprentissage

(spécifier le matériel ; ex. bois, ustensiles, autres) :

Je mange les aliments... : normaux coupés hachés finement en purée gavage je les coupe seul

- PRÉFÉRENCES ou LIMITATIONS ALIMENTAIRES

- ALLERGIES ALIMENTAIRES OU INTOLÉRANCES -

oui non

Lesquelles :

Réactions allergiques :

ÉPIPEN oui non

- DIÈTE SPÉCIALE -

oui non

Détails :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE (suite)

- HABILLAGE / DÉSHABILLAGE -

Je m'habille : seul(e) avec supervision avec aide on doit m'habiller

- SOMMEIL -

Mes heures de sommeil sont :

	coucher :	lever :
Je m'endors rapidement	oui	non, après (minutes/heures) :
Je fais la sieste en après-midi	oui	non
Je me lève la nuit	non	oui, souvent
Je dors toujours avec une veilleuse	oui	non, spécifier :
Je dors toujours avec un objet	oui	non, spécifier :

Routine du coucher/dodo (Ex. : me border, lire une histoire) :

-Décrire la routine et détails importants.

- DÉPLACEMENT -

Je circule seul(e) en chaise roulante canne, marchette autres, spécifier :

- ÉLIMINATION -

Je contrôle mes «urines»	oui	non		
Je contrôle mon «sphincter»	oui	non		
Je porte une culotte incontinence	non	oui, grandeur :		
Je vais à la toilette seul(e)	non	oui, seul(e)	avec aide complète	avec supervision

- HYGIÈNE PERSONNELLE -

Je taille ma barbe seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Je brosse mes dents seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Je change ma serviette sanitaire seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision
Cycle menstruel (détails) :				
Je prends ma douche/bain seul(e)	oui	non	avec aide	avec supervision

ASPECTS COMPORTEMENTAUX

J'ai tendance à FUGUER, à explorer sans avertir : oui non
(Circonstances, raisons)

J'ai tendance à me FÂCHER : oui non
(Circonstances, raisons)

Je l'exprime de cette façon :

Intervention à privilégier :

Ce qui me fait PEUR :
Je l'exprime de cette façon :

On me sécurise de cette façon :

J'ai des MANIES : oui non
(Description)

AUTRES aspects comportementaux à souligner (notamment lors du transport en véhicule) : oui non
(Description)

COMMUNICATION

L'utilisation d'un renforteur est-il efficace ? oui non Expliquez :

Lors d'un PREMIER CONTACT avec quelqu'un, il est préférable d'agir de cette façon :

Je m'exprime par la PAROLE : oui non

L'utilisation de pictogrammes pour les séquences, les horaires et/ou communications est-elle à privilégier? Si oui, expliquez :

Je m'exprime avec des GESTES : oui non

(Je fais les GESTES suivants (gestes et signification pour la personne))

Je m'exprime avec des PICTOGRAMMES : oui non

(Je connais les PICTOGRAMMES suivants (apporter les pictogrammes lors du séjours))

Je sais LIRE : oui non

Je sais ÉCRIRE : oui non

GOÛTS ET INTÉRÊTS

Mes ACTIVITÉS PHYSIQUES préférées sont :

À la piscine, je porte une VESTE DE FLOTTAISON (vfi) : oui non

Mes ACTIVITÉS préférées :

J'ai un LAISSER-PASSER pour mon accompagnateur : oui non

(Spécifier le type de carte (Acces 2 ou autres)) : _____

EXPÉRIENCE DE CAMP, SERVICE DE GARDE ET AUTRES

J'ai déjà vécu une EXPÉRIENCE DE CAMP : oui non

Nom du camp : _____ Il y a combien de temps : _____

Appréciation du séjour (Bref résumé du séjour au camp) : _____

Je fréquente des SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT: oui non

Je fréquente le PATRO ROC-AMADOUR: Ados+ Loisir+ La Passerelle Senior+

Je vais à l'ÉCOLE : oui non

Nom de l'école : _____ Comission scolaire : _____

Professeur (nom, prénom) : _____ Cycle d'étude (ex. : 1ère, 2e année) : _____

FICHE MÉDICALE

Diagnostic principal : _____

Autres syndromes ou troubles : _____

- CONDITION DE SANTÉ -

Asthme	non	oui	pompe
Diabète	non	oui	type 1 type 2 Glycémie moy. : Insuline
Épilepsie	non	oui	Fréquences des crises :
Eczéma	non	oui	
Psoriasis	non	oui	Spécifier :
Trouble cardiaque	non	oui	Spécifier :
Hypertension (pression haute)	non	oui	Pression moyenne :
Hypotension (pression basse)	non	oui	Pression moyenne :
Trouble digestif	non	oui	Manifestation (ex. vomissement) :
Manque d'appétit	non	oui	Manifestation :
Trouble de vision	non	oui	Spécifier :
Trouble urinaire	non	oui	Spécifier :
VIH/SIDA	non	oui	
Hépatite B / Hépatite C	non	oui	
Trouble nerveux - Anxiété	non	oui	Spécifier :
Crise de colère	non	oui	Fréquence des crises :
Hyperactivité	non	oui	Manifestation :
Insomnie	non	oui	
Trouble de comportement	non	oui	Manifestation :
Hypo/hyperthyroïdie	non	oui	Spécifier :
Trouble auditif	non	oui	
Intervention chirurgicale	non	oui	De quel type :
Constipation	non	oui	

Autres (spécifier et expliquer) : _____

- ALLERGIES -

Poils d'animaux	non	oui	réaction :
Piqûres	non	oui	insecte(s) : réaction :
Foin (allergies saisonnières)	non	oui	réaction :
Aspirine	non	oui	réaction :
Médicaments	non	oui	réaction :
Autres, spécifier et expliquer :			
Vaccination à jour :	non	oui	

- AIDE, SUPPORT -

Orthèse	non	oui	spécifier :
Prothèse dentaire	non	oui	spécifier :
Lunette	non	oui	spécifier :
Appareil auditif	non	oui	spécifier :

Autres particularités ou commentaires : _____

AUTORISATION POUR ADMINISTRATION DES PREMIERS SOINS, TRANSPORT (AMBULANCE) ET PARTAGE D'INFORMATIONS

À titre de répondant et responsable de (nom du campeur) _____,
j'autorise la direction du Camp O'Carrefour à :

- Transmettre les informations contenues dans cette fiche au personnel du Camp O'Carrefour et aux intervenants concernés (personnel des services de santé, premiers répondants) le cas échéant;
- À administrer, au besoin, les médicaments sans ordonnance en vente libre nommés ci-contre selon les conditions et la posologie indiquées.

Acétaminophène (Tempra, Tyféno)
Antihistaminique (Claritin, Reactine, Bénadryl)
Antivomitif (Gravol)
Ibuprofène (Advil, Motrin)
Antidiarrhéique (Immodium)
Antitussif (Bénilyn, Vicks, DM)
Laxatif/Emollient (Lax-a-day, suppositoire glycérine)
Crème antibiotique (Polysporin)
Autres, spécifier (fournir le médicament au campeur):

-
- En cas d'urgence, prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et le confort et dispenser les premiers soins à cette personne;

- À transporter cette personne par ambulance, à mes frais, et la faire admettre dans un établissement de santé;

Par ailleurs, je m'engage à transporter (ou à trouver quelqu'un pour le faire) vers un établissement de santé et à prendre en charge cette personne dans le cas d'accident ou de maladie subite qui ne nécessite pas un transport par ambulance. Si je suis dans l'impossibilité d'assurer ce transport, j'autorise la direction du Camp O' Carrefour à le faire et le faire admettre dans un établissement de santé. J'assumerai les frais de déplacement de 0,50\$ du km, et je rémunérerai chacune des ressources du Camp O'Carrefour, nécessaires à l'intervention, au taux de 17 \$ /heure.

Nom du responsable (Parent, tuteur) en lettres moulées

Signature

Date

Pour ajouter une signature :

1. Ouvrez le formulaire dans Acrobat Reader
2. Sélectionnez Outils > Remplir et signer
3. Cliquez sur > Signer (au centre)
4. Cliquez sur > Ajouter une signature
5. Sélectionnez la signature de votre choix (Taper, tracer, ou image)

Photocopie de la carte d'assurance maladie (RAMQ) et profil pharmacologique OBLIGATOIRES.

MÉDICATION

Je prends des MÉDICAMENTS : oui non

Nom de la pharmacie : _____

Téléphone : _____

Je les prends de quelle façon : Verre d'eau Jus Yogourt/compote

Autre : _____

Heures de prises :

Déjeuner (entre 7h30 et 8h30)

Dîner (entre 11h30 et 12h30)

Souper (entre 16h30 et 17h30)

Coucher (entre 16h30 et 17h30)

Autre : _____

Il est **OBLIGATOIRE** de fournir le profil pharmacologique si votre enfant/usager doit recevoir de la médication lors de son séjour. Ce profil doit être joint à la médication à **TOUS les répits et camps** et être à jour lors de changements de médicaments.