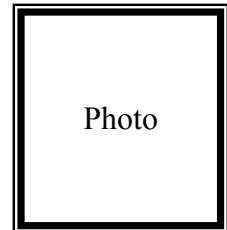




# CAMP «O» CARREFOUR

## FICHE SANTÉ DU CAMPEUR

20\_\_



Photo

### ✗ Identification

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ No.Ass. Maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone à la résidence : \_\_\_\_\_ Nom du responsable : \_\_\_\_\_

➤ **Une personne ressource doit être joignable et tout temps**

Numéro D'urgence : Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Autre numéro d'urgence : Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

(OBLIGATOIRE)

Intervenant : Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### ✗ Autonomie fonctionnelle

#### Alimentation :

Je mange seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je mange lentement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je mange avec mes ustensiles	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je mange avec des ustensiles adaptés	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je mange avec un plat ou un bol adapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Je mange en purée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

#### Cocher :

<b>Rôties</b>	→	Pain blanc		Pain brun		Confitures		Beurre d'arachide			
<b>Céréales</b>	→	Rice Crispies		Corn flakes		Cherios		Avec lait		Sans lait	
<b>Fruits</b>	→	Pommes		Melons		Clémentines		Bananes		Raisins	
<b>Légumes</b>	→	Crus (durs)		Cuits (mous)							
<b>Viande</b>	→	Morceaux		Hachée		Avec sauce					
<b>Autres</b>	→	Salade		Vinaigrette		Soupes et potages					
<b>Desserts</b>	→	Sucrés		Non sucrés							

**Allergies alimentaires :**  Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

→ Réaction allergique : \_\_\_\_\_

**Diète Spéciale :**  Oui  Non

**Diabète :**  Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_

Habillage/déshabillage :

Je m'habille seul

Oui  Non

Aide physique

Oui  Non

Aide verbale

Oui  Non

J'ai besoin d'aide pour : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sommeil :

Mes heures de sommeil sont :

coucher : \_\_\_\_\_ Lever : \_\_\_\_\_

Je m'endors rapidement :

Oui  Non, après \_\_\_\_\_ heure

Je fais la sieste en pm :

Oui  Non

La nuit je me réveille :

Souvent  Occasionnellement

La nuit je me lève :

Souvent  Occasionnellement

Je dors toujours avec :

Veilleuse  Autre objet important \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Routine du dodo :

**Exemple :**

Me border, me donner un bec sur le front et fermer la porte. J'aime lire un moment dans mon lit avant de m'endormir.

Autres particularités, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Déplacement:

Je circule:

chaise roulante

canne, marchette

seul(e)

Autres: \_\_\_\_\_

Hygiène :

Je contrôle «urines» :

Oui

Jour

Nuit

Fréquence : \_\_\_\_\_

Non

Jour

Nuit

Je contrôle «sphincter»

Oui

Jour

Nuit

Fréquence : \_\_\_\_\_

Non

Jour

Nuit

Je porte une couche :

Oui

Non

Je vais à la toilette :

Oui seul(e)

avec supervision

avec aide physique

Non

Je prends ma douche :

Oui seul(e)

avec supervision

avec aide physique

Non

Je prends mon bain :

Oui seul(e)

avec supervision

avec aide physique

Non

Je fais ma barbe :

Oui seul(e)

avec supervision

avec aide physique

Non

Je me brosse les dents:

Oui seul(e)

avec supervision

avec aide physique

Mes périodes de menstruations sont :

Je change ma serviette sanitaire :  Seule

Avec supervision

Avec aide

Au moment du bain ou de la douche,

	Je me lave seul	On doit me dire de laver	On doit me laver
Les cheveux			
Le dos			
Les bras			
Les jambes, les pieds			
Le ventre			
Les fesses			
Les organes génitaux			

Autres particularités, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ✘ Aspects comportementaux

J'ai tendance à fuguer  Oui  Non

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J'ai tendance à être agressif  Oui  Non

Dans quelles circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment cela s'exprime-t-il? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interventions à privilégier : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mes peurs sont : \_\_\_\_\_

Quand j'ai peur, je réagis en : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pour me sécuriser on doit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mes manies sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres aspects comportementaux à souligner : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ✘ Communication

Lors de mon premier contact avec quelqu'un, il est préférable que : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je m'exprime par la parole :  Oui  Non

Les mots que je sais dire sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je m'exprime par les gestes :  Oui  Non

Les gestes que je peux faire sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je m'exprime par des pictogrammes (**si oui, les apporter lors du séjour**) :  Oui  Non

Les pictogrammes que je connais sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ✘ Goûts et intérêts

Les activités physiques que je préfère sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les activités manuelles que je préfère sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les activités culturelles que je préfère sont : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À la piscine, je porte une veste de flottaison individuelle (VFI) :  Oui  Non

**✘ Expérience de camp**

A-t-il (elle) vécu (e) une expérience dans un camp? Oui Non

Si oui à quel camp? \_\_\_\_\_

Combien d'années? \_\_\_\_\_

Résumé de l'expérience : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**✘ Fiche médicale (OBLIGATOIRE)**

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_

Souffrez-vous de : OUI NON SPÉCIFIEZ

\*Asthme   \_\_\_\_\_

\*Diabète   \_\_\_\_\_

\*Épilepsie   \_\_\_\_\_

\*Eczéma   \_\_\_\_\_

\*Troubles cardiaques   \_\_\_\_\_

\*Constipation   \_\_\_\_\_

\*Indigestion   \_\_\_\_\_

\*Troubles des yeux   \_\_\_\_\_

OUI NON SPÉCIFIEZ

\*Trouble urinaire   \_\_\_\_\_

\*Maladie de la peau   \_\_\_\_\_

\*Manque d'appétit   \_\_\_\_\_

\*Maladie du cœur   \_\_\_\_\_

\*VHB/Hépatite B   \_\_\_\_\_

\*VIH/Sida   \_\_\_\_\_

Troubles nerveux : OUI NON SPÉCIFIEZ

Souffrez-vous de :

\*Crise de colère   \_\_\_\_\_

\*Hyperactivité   \_\_\_\_\_

\*Insomnie   \_\_\_\_\_

\*Troubles du comportement   \_\_\_\_\_

Allergies OUI NON SPÉCIFIEZ LA RÉACTION ALLERGIQUE

\*À l'aspirine   \_\_\_\_\_

\*À la pénicilline   \_\_\_\_\_

\*À d'autres médicaments   \_\_\_\_\_

\*À des aliments   \_\_\_\_\_

\*Aux piqûres d'insectes   \_\_\_\_\_

\*Aux poils d'animaux   \_\_\_\_\_

\*Aux foins   \_\_\_\_\_

\*Autres : \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin contre le tétanos : \_\_\_\_\_

PROTHÈSE : \_\_\_\_\_

ORTHÈSES : \_\_\_\_\_

Si d'autres particularités, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Commentaires supplémentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ✗ Tableau de la médication

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIQUE : \_\_\_\_\_  
(OBLIGATOIRE)

### Médication

➡ **les médicaments doivent être en dispills et accompagnés de l'ordonnance (papier de la pharmacie):**

Je prends des médicaments :  Oui  Non  
Je les prends avec :  Eau  Purée Autre : \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDICAMENT	Lever	Dîner	Souper	Coucher	Autre	POSOLOGIE
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Autres renseignements : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ✗ Autorisations

- ➡ Pour les clients qui sont sous la tutelle du curateur public, SVP nous faire parvenir le document « Demande de consentement à un séjour à un centre de vacances » dûment signé par le curateur de l'utilisateur (voir votre intervenant au CRDIQ).
- ➡ Pour un client dont vous êtes le tuteur légal, veuillez compléter la partie suivante :

### ✗ Autorisation d'administration de médicaments prescrits

J'autorise la personne responsable à administrer au campeur la médication nommée ci-haut.

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

### ✗ Autorisation d'administration de médicaments en vente libre

J'autorise le personnel du camp à administrer (au besoin) à la personne nommée ci-haut un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits : (cocher s.v.p.)

- Acétaminophène (Tyléno, tempra, etc)
- Anti-émétique (Gravol)
- Anti-histaminique qui agissent entre autre contre les allergies  
(Bénadryl, Claritin, allegra, Réactine, etc)
- Sirop contre la toux (Bénylin, etc)
- Acide acétylsalicylique (Aspirine)
- Anti-inflamatoires (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Bacigent, etc)
- Autres : \_\_\_\_\_  
(Médicaments qui accompagnent le campeur à la demande de ses responsables)

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

## **✘ Premiers soins, déplacement à l'hôpital, transport par ambulance et retour à la maison**

J'autorise les responsables du Camp «O» Carrefour à diffuser au personnel évoluant auprès de l'utilisateur dont j'ai la responsabilité, pour des raisons de sécurité, les informations mentionnées dans la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins (prise de température).

Je m'engage à transporter (ou à trouver quelqu'un pour le faire) vers un établissement de santé et à prendre en charge l'utilisateur dont je suis responsable 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 transporter l'utilisateur dont je suis responsable et à le faire admettre dans un établissement de santé (intervention chirurgicale, transfusion, injection, anesthésie, hospitalisation, etc.) moyennant un coût de 0,45\$ par kilomètre et de 10\$ de l'heure. Ce montant sera facturé au campeur ou à sa famille dans les jours qui suivent le transport.

J'autorise la direction du Camp «O» Carrefour à transporter l'utilisateur dont je suis responsable par ambulance, à mes frais, et à le faire admettre dans un établissement de santé.

Le Camp «O» Carrefour se donne le droit de retourner un campeur à la maison avant la fin du séjour pour des raisons d'agressivité ou de problèmes de comportements que le personnel n'est pas en mesure de gérer.

Par ma signature, j'atteste avoir lu, compris et être en accord avec l'autorisation pour déplacement à l'hôpital, transport par ambulance et retour à la maison :

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

## **✘ Autorisation pour fin de publicité**

J'autorise le Camp «O» Carrefour à photographier, filmer et enregistrer les propos du participant dont j'ai la responsabilité dans le cadre des activités du camp. Ces extraits sonores et images pourraient être utilisées pour la promotion du Camp «O» Carrefour.

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

## **✘ Autorisation de sorties**

J'autorise le Camp «O» Carrefour à faire des sorties avec le participant dont j'ai la responsabilité dans le cadre des activités du camp.

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

## **✘ Politique de paiement et de remboursement**

- **La totalité des frais est payable 1 mois avant le camp d'été ou à la journée d'accueil dans le cas d'un répit.**
- Les chèques doivent être émis à l'ordre du : Camp « O » Carrefour.
- Pour une annulation due à des raisons de santé, les journées de camp ou de répit non-utilisés seront remboursées sur présentation d'un certificat médical.
- Un montant de 50% du frais de séjour sera facturé dans le cas d'une annulation (autre que maladie) faite moins de 15 jours avant le camp d'été ou moins de 2 jours avant la date du répit.
- Dans le cas d'un départ avant la fin du séjour, le camp rembourse la portion des frais du séjour non-utilisée jusqu'à concurrence de 50%.

→ Signature du parent ou responsable : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Faire parvenir la fiche-santé, les autorisations dûment signées le plus rapidement possible au **secrétariat du Camp «O» Carrefour** :

1503, Chemin Royal,  
Saint-Pierre, I. O. (QC),  
G0A 4E0,  
**Fax : (418) 828-2014**

Pour toute question, vous pouvez nous contacter :  
Par téléphone au : (418) 828-1151  
Par courriel au : [campocarrefour@videotron.ca](mailto:campocarrefour@videotron.ca)

Visitez notre site Internet pour de plus amples informations :

**<http://www.patro.roc-amadour.qc.ca/carrefour>**

La carte d'assurance maladie doit accompagner le campeur  
Il est important de la remettre au début du camp  
avec la liste de vêtements du campeur