

Aidez-nous à vous connaître

En séjour vous sortez de votre cadre de vie quotidien. **Nous vous demandons de bien évaluer vos capacités, sachant que vous séjournerez dans un endroit nouveau et qui peut être moins bien adapté.** Il est indispensable de compléter le bulletin avec exactitude. Cela nous permettra d'organiser au mieux votre accompagnement durant le séjour.

Êtes-vous porteur de :

Handicap physique : Dénomination
J'ai besoin d'une voiturette tout le temps : oui non
J'ai besoin d'une voiturette à l'extérieur du bâtiment oui non

Handicap Mental : Dénomination :
 Léger Modéré Profond Comportement autistique.

Autisme

Handicap visuel :
 Malvoyant Aveugle

Handicap Auditif :
 Malentendant Sourd Sourd et muet

Maladie mentale : dénomination :

Maladie Physique : dénomination

Je ne suis ni malade, ni handicapé(e) mais l'âge réduit mon autonomie

Je ne suis ni malade, ni handicapé(e). J'accompagne la personne suivante :

Je ne suis ni malade, ni handicapé(e).

Utilisez-vous le transport organisé pour le séjour (**uniquement** si celui-ci est proposé): oui non

- ALLER :
- RETOUR :
- ALLER-RETOUR :

Pouvez-vous monter des marches sans élévateur : oui oui mais avec difficultés non

Pouvez-vous tenir en station debout : oui non

Pouvez-vous voyager assis sur un siège dans le car : oui non

Si non, devez-vous rester **impérativement** dans votre voiturette (maximum 5 places disponibles dans le car) :

manuelle électrique

En position : assise semi-allongée

Avez-vous des besoins spécifiques durant le voyage : (car, avion, bateau...) oui non

Si oui lesquels :

Votre vie journalière en séjour

1/ Êtes-vous capable de vous déplacer ?

oui, seul et sans difficulté 1 km 5 km

oui, seul mais uniquement dans le bâtiment j'ai besoin d'une voiturette pour me déplacer à l'extérieur

non, avec l'aide d'une personne (soutien à la marche) j'ai besoin d'une voiturette pour me déplacer à l'extérieur

non, avec l'aide d'un matériel : canne cadre de marche autre :

non, j'utilise une voiturette et me déplace entièrement seul : à l'intérieur à l'extérieur

non, j'utilise une voiturette et je suis incapable de me déplacer seul, j'ai toujours besoin d'aide.

2/ Dans votre vie quotidienne :

Présentez-vous des risques de chutes ? oui parfois non

Avez-vous des problèmes d'orientation dans l'espace (risque de se perdre) ? oui non

Avez-vous des problèmes de repères dans le temps (confusion dans les dates, les heures) ? oui non

Pouvez-vous gérer votre argent de poche seul ? oui non

3/ Pouvez-vous vous mettre au lit ou dans un fauteuil et en sortir seul ?

oui, sans problème

non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne

non, j'ai besoin d'une aide technique : perroquet lève-personne/élévateur autre :

4/ Pouvez-vous vous habiller et vous déshabiller seul ?

oui, sans problème

non, j'ai besoin d'un coup de main

non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne

5/ Pouvez-vous prendre un bain ou une douche seul ?

oui, sans problème

non, j'ai besoin d'un petit coup de main et / ou d'une surveillance

non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne

Pouvez-vous vous tenir debout quelques instants pendant votre toilette ou votre douche ? oui non

6/ Pouvez-vous aller aux toilettes seul ?

oui, sans problème

non, j'ai besoin de l'aide d'une tierce personne

J'ai des problèmes d'incontinence le jour la nuit

J'utilise des poches protections

OBLIGATION D'EMPORTER VOS PROTECTIONS EN QUANTITÉ SUFFISANTE

7/ Avez-vous besoin de soins infirmiers ou kiné spécifiques ?

non

oui : toilette corporelle suivi de pansements ou plaies autres

Avez-vous une ordonnance de soins médicaux ? A quelle fréquence ?

Avez-vous besoin de la visite d'un kiné lors du séjour ? oui non (fréquence):

Avez-vous besoin d'une aide particulière pour la prise des médicaments oui non

Utilisez-vous un semainier pour gérer la prise des médicaments ? oui non

8/ Pouvez-vous manger seul ?

oui, sans problème

non, j'ai besoin: repas mixé d'une tierce personne matériel. Lequel ?.....

non, j'ai besoin d'aide avant de manger (couper, tartiner...)

non, j'ai besoin de l'aide totale d'une tierce pour manger.

non, je suis alimenté par un moyen médical : Stomie autres

9/ Avez-vous des besoins spécifiques pendant les repas ?

non

oui, j'ai un régime particulier à suivre :

sans graisse sans sel sans sucre sans gluten sans laitage

Autres :

J'ai besoin d'une aide pour boire : technique (canard, paille...) une tierce personne

10/ Le sommeil :

Avez-vous des problèmes de sommeil ? oui non

Si oui, lesquels ? (insomnie, ronflement...)

Vous levez-vous souvent la nuit ? oui non. Combien de fois en moyenne ?

Avez-vous besoin d'une aide pour aller aux toilettes durant la nuit ? oui non

Avez-vous besoin de matériel technique durant la nuit ? oui non. Lequel ?

Est-ce « nécessaire » pour vous de faire une sieste ? oui non

11/ Communication :

Avez-vous des difficultés d'expression ? oui non

Si oui, comment vous faites vous comprendre ?

Avez-vous des difficultés de compréhension ? oui non

Utilisez-vous un moyen technique pour communiquer ? oui non

Si oui, lequel ? L'emportez-vous lors de vos vacances ? oui non

12/ Loisirs :

Quels sont vos activités favorites, vos hobbies ?

Faites-vous du sport ? oui non

Pouvez-vous aller au bassin de natation ? oui non

Savez-vous nager ? oui non

Y a-t-il des activités que vous n'aimez pas du tout ? oui non. Lesquelles :

13/ Matériel

Emportez-vous votre voiturette manuelle ? oui non

Si non, désirez-vous une voiturette pour les promenades à l'extérieur ? oui non

Dimension de votre voiturette manuelle, roues comprises : Largeur : cm /Longueur : cm

Poids : kg (pour les séjours en avion)

Désirez-vous emporter votre voiturette électrique ? oui non

Dimension de votre voiturette électrique, roues comprises : Largeur : cm /Longueur : cm

Poids : kg (pour les séjours en avion)

Quel matériel médical vous est **indispensable** lors du séjour? :

ATTENTION : Les lits médicalisés sont uniquement disponibles aux domaines de Spa et de Ter Duinen.