

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.

Votre situation :

Handicap physique : **Dénomination (obligatoire)** :
 Handicap Mental : **Dénomination (obligatoire)** :
○ Léger ○ Modéré ○ Profond ○ Comportement autistique.

Autisme

Handicap visuel :
○ Malvoyant ○ Aveugle

Handicap Auditif :
○ Malentendant ○ Sourd ○ Sourd et muet

Maladie mentale : dénomination :

Maladie Physique : dénomination

Je suis valide mais l'âge réduit mon autonomie

Je suis valide (j'accompagne la personne suivante :)

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

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, je ne sais pas me laver seul

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, je ne sais pas aller aux toilettes seul

non, 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 ?

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 ○ une aide pour couper ou pour tartiner ○ d'un matériel (lequel :))

non, je ne sais pas manger seul

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

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

9/ Avez-vous une alimentation adaptée ?

non

oui, j'ai un régime particulier à suivre :

○ sans graisse ○ sans sel ○ sans sucre ○ sans gluten ○ sans laitage

Autres :

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 ?

Oui : ○ manuelle ○ électrique

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)

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

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