

**ANNEXE 5 - Modèle du questionnaire mentionné à l’article R. 412-11 3° du code du tourisme**

Nom, prénom et date de naissance du vacancier :……………………………………………………………

Lieu de résidence habituelle :……………………………………………………………………………………………

En cas de mesure de protection juridique, nom(s) et prénom(s) de la (ou des) personne(s) l’exerçant : ………………………………………………………………………………………………………………………..

**ATTENTION**

**Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

1 Toilette et hygiène personnelle

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entretien personnel** | **Seul** | **Avec aide ponctuelle** | **Avec aide constante** |
| Fait sa toilette  |  |  |  |
| Se brosse les dents  |  |  |  |
| Se rase  |  |  |  |
| Se coiffe  |  |  |  |
| S’habille |  |  |  |
| Change ses vêtements  |  |  |  |
| Change ses sous-vêtements  |  |  |  |
| Reconnaît ses vêtements  |  |  |  |
| Se chausse  |  |  |  |
| Va aux toilettes  |  |  |  |
|  | **Oui** | **Non** | **Autres précisions** |
| Hypersialorrhée |  |  |  |
| Est énurétique le jour  |  |  | *Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?* |
| Est énurétique la nuit  |  |  | *Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?* |
| Est encopétrique le jour  |  |  | *Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?* |
| Est encopétrique la nuit  |  |  | *Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?* |
| A peur du bain  |  |  |  |
| A peur de la douche  |  |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

2 Alimentation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alimentation** | **Seul** | **Avec aide ponctuelle** | **Avec aide constante** |
| Mange |  |  |  |
| Boit |  |  |  |
|  | **Oui** | **Non** | **Autres précisions** |
| Faut-il mixer les aliments |  |  |  |
| Régime alimentaire  |  |  |  |
| Risque de fausse-route |  |  |  |
| Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc. |  |  |  |

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d’accessoires, etc.)

3 Nuit, sommeil, lever, coucher

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nuit, sommeil, lever, coucher** | **Oui** | **Non** |
| Se couche tôt (préciser l’heure) |  |  |
| A peur le l’obscurité |  |  |
| A des difficultés pour s’endormir |  |  |
| Se réveille la nuit  |  |  |
| A des angoisses nocturnes  |  |  |
| A des insomnies |  |  |
| A un lever difficile |  |  |
| Se lève tôt (préciser l’heure) |  |  |
| Fait la sieste |  |  |

Autres précisons et préconisations

**4 Santé**

ATTENTION : joindre la fiche ci-jointe relative aux informations médicales ainsi que l’original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, lentilles, soins, etc.

Gestion et suivi du traitement médical--------- autonome------ assistance------ aide totale (cocher la case utile)

------------------------------------------------------------- sans objet

Se déplace en fauteuil------------------------------- en permanence

--------------------------------------------------------- occasionnellement

------------------------------------------------------- non

Utilise en canne d’aide à la marche-------------- en permanence

--------------------------------------------------------- occasionnellement

--------------------------------------------------------- non

Utilise une canne blanche-------------------------- en permanence

--------------------------------------------------------- occasionnellement

--------------------------------------------------------- non

Port de lunettes correctrices----------------------- en permanence

--------------------------------------------------------- occasionnellement

--------------------------------------------------------- non

Port de lunettes de protection---------------------- en permanence

--------------------------------------------------------- occasionnellement

--------------------------------------------------------- non

Port de lentilles--------------------------------------- en permanence

---------------------------------------------------------- occasionnellement

---------------------------------------------------------- non

Port d’une prothèse dentaire amovible----------- oui----------------- non

Port d’une prothèse auditive ------------------------ oui---------------- non

Port de chaussures orthopédiques ----------------- oui----------------- non

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

5 Habitudes de vie et comportement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Habitudes de vie/Comportement** | **Oui** | **Non** |
| La personne vit-elle habituellement en couple |  |  |
| La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour  |  |  |
| Sens social avec une personne connue |  |  |
| Sens social avec une personne inconnue |  |  |
| Objet fétiche  |  |  |
| Rituels |  |  |
| Goûts particuliers |  |  |
| Tendance à fuguer |  |  |
| Troubles de la mémoire |  |  |
| Délires |  |  |
| Hallucinations |  |  |
| Phobies |  |  |
| Crises d’angoisse |  |  |
| Agressivité  |  |  |
| Automutilation  |  |  |
| Mise en danger de soi (refus de soins, etc.) |  |  |
| Comportements exhibitionnistes |  |  |
| Troubles obsessionnels et compulsifs |  |  |
| Tendance au retrait |  |  |
| Consommation de boissons alcooliques |  |  |
| Consommation de tabac |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

6 Communication

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Communication** | **Oui** | **Avec correction** | **non** |
| Voit |  |  |  |
| Entend |  |  |  |
|  | **Oui** | **Un peu** | **Pas du tout** |
| Communique par le langage verbal |  |  |  |
| Utilisation d’une langue gestuelle (langue des signes française, etc.) |  |  |  |
| Utilisation d’une langue gestuelle tactile |  |  |  |
| Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication  |  |  |  |
| Communique par pictogrammes, dessins, photos |  |  |  |
| Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée |  |  |  |
| Aphasie |  |  |  |
| Logorrhées/itérations |  |  |  |
|  | **Seul** | **Avec une aide** | **Non** |
| Ecriture |  |  |  |
| Lecture |  |  |  |
| Lecture labiale |  |  |  |
| Dessin |  |  |  |
| Utilisation du téléphone |  |  |  |
| Utilisation d’Internet |  |  |  |
| Utilisation de logiciels adaptés |  |  |  |
| Utilisation d’une table alphabétique ou d’une tablette |  |  |  |
| Utilisation d’outils très simplifiés ou adaptés |  |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

7 Sorties et déplacements

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sorties et déplacements** | **Oui** | **Non** | **Avec une préparation/ Préciser** |
| Se repère dans l’espace  |  |  |  |
| Se repère dans le temps |  |  |  |
| Mémorise un lieu à atteindre |  |  |  |
| Mémorise un trajet |  |  |  |
| S’adapte à des lieux nouveaux |  |  |  |
| Supporte les lieux publics |  |  |  |
| Lit l’heure |  |  |  |
| Lit les panneaux indicateurs |  |  |  |
| Sait demander son chemin |  |  |  |
| Sait rentrer à heure fixe |  |  |  |
| Sait traverser la chaussée sans danger |  |  |  |
| Sort seul sans accompagnement |  |  |  |
| Sort en petit groupe sans accompagnement |  |  |  |

8 Gestion de l’argent personnel

Gestion de l’argent de poche------------- autonome------------ avec une aide------------- non

Réalisation d’un achat simple------------ autonome------------ avec une aide------------- non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

9 Activités sportives et de loisirs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activités sportives et de loisirs | Oui | Non |
| Sait faire un choix parmi plusieurs activités  |  |  |
| Pratique régulière d’une activité sportive (préciser) |  |  |
| Pratique régulière d’une activité de loisirs (préciser) |  |  |
| Fatigabilité (préciser) |  |  |
| Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d’un film, d’un spectacle) |  |  |
| Sait nager |  |  |
| A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home |  |  |
| Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel |  |  |
| Contre-indication à sortir le soir |  |  |

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

10 Fiche relative au traitement médical

**ATTENTION**

**Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

Nom, prénom :: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sexe féminin Sexe masculin

Date et lieu de naissance : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse du lieu de résidence habituelle :---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Numéro de sécurité sociale : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Caisse d’affiliation :: ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Séjour choisi ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Période du séjour choisi : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du représentant légal ou le la personne la plus proche à joindre en cas de nécessité : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : ----------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Est-il joignable durant le séjour ?----------- oui--------------- non ------------------------------------------------------------

Si le médecin traitant n’est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin joignable durant le séjour :

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Déficience/handicap :

Moteur------------ sensoriel----------- mental------------- cognitif ---------psychique--------------polyhandicap:

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pathologie (s) associée(s-)---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Prescription médicale en cours (joindre l’ordonnance) :

1° Prise des médicaments

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prescription** | **Matin** | **Midi** | **Soir** | **Coucher** |
| Médicament 1et doses prescrites :  |  |  |  |  |
| Médicament 2et doses prescrites :  |  |  |  |  |
| Médicament 3et doses prescrites : |  |  |  |  |
|  Médicament 4et doses prescrites  |  |  |  |  |
| Médicament 5et doses prescrites  |  |  |  |  |

2° Autres soins prescrits :

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

Autres informations :

Le vacancier gère t’il seul son traitement ?----------- oui ----------avec une aide---------- non -----------------------

Groupe sanguin :

Vaccinations à jour :

Hépatite A :------------------ oui non ----------------------Date du dernier rappel-----------------------------------------

Hépatite B :------------------ oui non ----------------------Date du dernier rappel -----------------------------------------

Tétanos :---------------------- oui non--------------------- Date du dernier rappel -----------------------------------

Grippe :----------------------- oui non ----------------------Date du dernier rappel------------------------------------------

Autres : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Asthmatique----------- oui--- non--- Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-------------------------------

Epileptique------------ oui--- non----Si la réponse est oui, date de la dernière crise :-------------------------------------

Contre indications :

Baignade ----------------------------------- oui----------------------------- non--------------------------------------------------

Autres activités nautiques----------------------------------------------------------------- oui---------------- non-------------

Autres activités sportives------------------------------------------------------------------- oui--------------- non -------------Préciser------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------L’altitude est-elle déconseillée ?---------------------------------------------------------- oui ---------------- non------------

Une activité soutenue est-elle déconseillée ?------------------------------------------ oui------------------ non------------

Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?------- oui------------------ non------------

Pour les vacancières :

Si prise d’un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La vacancière gère t’elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament----------------------------------

Date des dernières règles : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les règles sont-elles---------------------- douloureuses----------------------- abondantes------------------------------------

Aménorrhées :---------------------------- oui------------------------------------non--------------------------------------------

Dysménorrhées : --------------------------- oui--------------------------------- non---------------------------------------------

Le vacancier fume t’il des produits du tabac ? ------------ - oui--------------- non-------------------------------------------

Le vacancier consomme t’il ses boissons alcooliques ?--- oui------------- non--------------------------------------------

A-t-il une consommation problématique d’alcool ?------- oui--------------- non--------------------------------------------

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal et du médecin

11 Autorisation d’hospitalisation ou d’intervention chirurgicale :

**Autorisation d’intervention chirurgicale**

**Nous**, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autorisons le transfert à l’hôpital par un service d’urgence (Pompiers, SAMU)** pour que puisse être pratiquée, en cas d’urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne ……:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Fait à …………………., le …………………………
Signature du vacancier ou de son représentant légal

Synthèse du séjour par le responsable du séjour :

Lieu, date et signature du responsable du séjour :