



2019

Fiche Santé 1-4

Nom du campeur : _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____ Âge: _____ Sexe : Masculin Féminin
 Jour mois année

No d'assurance-maladie: _____ - _____ - _____ Date d'expiration: _____

Fumeur Non-fumeur

Nom de la pharmacie : _____ Numéro de téléphone de la pharmacie: _____

***Nous vous demandons DE NE PAS envoyer la carte soleil au camp.**

S.V.P. NOUS FAIRE PARVENIR UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE SOLEIL
ET DU CARNET DE RÉCLAMATION S'IL Y A LIEU.

La personne souffre-t-elle de: (cochez si c'est le cas)

Asthme	_____	Diabète	_____	<u>ÉTAT DE</u>	
Indigestion	_____	Diabète non contrôlé	_____	Santé mentale	_____
Manque d'appétit	_____	Trouble cardiaque	_____	TED	_____
Boulimie - Anorexie	_____	Hémorragie	_____	TOC	_____
Diarrhée	_____	Hémophilie	_____	TDAH	_____
Constipation	_____	Trouble de vision	_____	Trisomie 21	_____
Trouble urinaire	_____	Trouble de surdité	_____	Autiste	_____
Incontinence	_____	Maladie de la peau	_____	Syndrome de	
Insomnie	_____	Hépatite - A - B - C	_____	<u>Tourette</u>	_____
Paralyse	_____	Sida	_____	Autre Syndrome	
Épilepsie contrôlée	_____	Hémorroïde	_____	Spécifiez	_____
Épilepsie non contrôlée	_____	Dysphagie	_____		

Allergie (laquelle): _____

Possède-t-il son épipen : Oui Non Ne s'applique pas

La condition générale du campeur est-elle stable ? Oui Non

Si non spécifiez: _____

Informations supplémentaires. Type de Déficience : intellectuelle motrice sensorielle autre

Spécifiez: _____

Utilisation d'un fauteuil roulant: oui _____ Non: _____ Autre appareil de support: _____

Hospitalisation récente: oui _____ Non: _____ Si oui pourquoi? _____

Vaccin reçu: _____ Année: _____

Fiche Santé 2-4

MÉDICATION : 2019 DISPILL OBLIGATOIRE

Préparé par le pharmacien

Nom et prénom du campeur :

**Note : Si changement de médication avant l'arrivée au camp, S.V.P. nous en aviser par écrit.
OBLIGATOIRE : DISPILL doit être fourni pour la durée du séjour;**

Le campeur a t-il un PRN? Oui Non

<u>Nom du médicament prescrit</u>	<u>Lever</u>	<u>Dîner</u>	<u>Souper</u>	<u>coucher</u>
	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>

Effets secondaires : _____

Contre-indication et précautions : _____

Activités-restrictions : _____

Utilisation de certaine crème : Oui Non Applicable sur quel partie du corps : _____

Utilisation de pompe : Oui Non Utilisation de goutte pour les yeux : Oui Non

Utilisation de liquide épaississant: Oui Non Autre utilisation de : _____

AUTORISATION DES PARENTS OU RESPONSABLE OU CURATEUR PUBLICQUE :

J'autorise la direction du Domaine des prés d'or à prendre les dispositions relatives à ma santé ou à celle de mon client, en cas d'urgence.

En signant la présente, j'autorise la direction du Domaine des Prés d'Or à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire je l'autorise également à transporter le campeur par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer au campeur séjournant au camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des infections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

X : _____

Date : _____

Signature des parents, responsable ou tuteur.

Signature obligatoire

À retourner

Fiche Santé 3-4

* À retourner *

2019

* TRÈS IMPORTANT : PRN

Nom et prénom du campeur : _____

Autorisation d'administration de médicaments prescrit ci bas mentionnés au besoin et ou en vente libre.

- | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Acétaminophène (Tylénol, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antiémétiques (Gravol) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antihistaminiques qui agissent contre les allergies
(Bénadryl, Claritin, Allégra, Réactine, Phénergan, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sirop contre la toux (Bénylin, etc) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Acide acétylsalicylique (Aspirine) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anti-inflammatoires (Advil, Ibuprofène) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Baciguent, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Malaise gastrique (Pepto bismol, Thumbs) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Laxatif (Colace, Senokot) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anti-diarrhée (Imodium) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |

Autres: _____

X : _____
Signature des parents, responsable ou tuteur.

N.B. Prévoyez dans les bagages tout ce que votre client a le droit de prendre s'il est malade lors de son séjour.

Complété par :

Parent du campeur : _____ Médecin : _____

Tuteur du campeur : _____ Autre, spécifiez : _____

À retourner

VERSO →

Fiche Santé 4-4

2019

S.v.p. spécifier si un changement de santé, de capacité physique, ou cognitif ou de comportement depuis le dernier séjour au camp du Domaine des Prés d'Or, ou toute autres informations pertinentes s'il y a lieu:

Non: _____

Oui: _____

Si oui expliquez: _____

Veillez fournir toute information supplémentaire (habitudes acquises, comportements, sexualité à surveiller etc.) susceptible d'aider les moniteurs à assurer un meilleur séjour au campeur.

Il est de votre devoir de nous informer de tous changements de comportement ou de santé ou de médication depuis son dernier camp ou entre l'inscription et l'arrivée du campeur.

Signature du responsable: _____