

→ Fiche Santé 2-4

VERSO

Profil de MÉDICATION : 2026 DISPILL OBLIGATOIRE

Préparé par votre pharmacie

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 MÉDICAMENT D'URGENCE ? Oui Non

Si oui, spécifier le type de PRN et son usage : _____

<u>Nom du médicament prescrit</u>	<u>Matin</u>	<u>Dîner</u>	<u>Souper</u>	<u>Coucher</u>
	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>
EXEMPLE DE DISPILL				

Activités-restrictions : _____

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

Utilisation de pompe : Oui Non si oui : à quel moment et le ou les sortes _____

Utilisation de goutte pour les yeux : Oui Non

Dans quel œil ? deux yeux gauche droit _____

AUTORISATION DES PARENTS OU RESPONSABLE OU CURATEUR PUBLIC :

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

VERSO →

* À retourner *TRÈS IMPORTANT : PRN

Nom et prénom du campeur : _____

Autorisation d'administration de médicaments en vente libre.

Peut-on lui administrer un PRN (en vente libre) ci-bas mentionné? Cochez oui ou non et signer.

- | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Acétaminophène (Tylenol) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antiémétiques (Gravol) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antihistaminiques
(Bénadryl) en liquide ou comprimé | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| | (Réactine) en liquide, ou comprimé | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sirop contre la toux
(Bénylin) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |

Inscrire la sorte qu'on peut administrer selon le Dx du campeur :

-
- | | | | | |
|--------------------------|--|----------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Anti-inflammatoires (Advil) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antibiotique en crème (Polysporin) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| | (Mupirocin) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Malaise gastrique (Pepto bismol) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| | (Tums) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Laxatif (Senokot) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| | (Lax-a-day) | | | |
| | (Dulcolax) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anti-diarrhée (Imodium) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Rougeur sur la peau (Canesten, en crème) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| | (Triad) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | (Antiphlogistine) | Oui_____ | Non | <input type="checkbox"/> |

Complété par : Pharmacien (ne) _____

Autres commentaires du professionnel _____

Fiche Santé 4-4

2026

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:

Cognitif (notamment la mémoire, l'attention, et le langage)

Incontinence (urinaire et/ou fécale) _____ Besoin de Rappel seulement _____ à quel moment _____

Culotte jour _____ nuit _____ Quelle fréquence la changer _____

Nouveau comportement (expliquez) _____ Évènement affectant (expliquez) _____

Nouvelle peur ou crainte (expliquez) _____ Nouvelle perte d'autonomie (expliquez) _____

Changement au niveau de l'alimentation (ex : couper en petit morceaux, nouvelle texture d'aliment) (Expliquez)

Utilisation de liquide épaississant: Oui Non LA CONSISTANCE ? NECTAR MIEL POUDING
***** (vous devez fournir le produit épaississant)

Nouvelle appareillage (lunette, appareil auditif, cpap, ect.) _____

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: _____

Date: _____

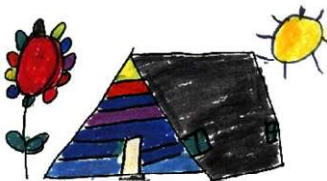
Nouveauté

Il est dorénavant important de faire remplir la feuille par le pharmacien(cienne) de votre pharmacie pour nous donner l'autorisation de pouvoir administrer au besoin des médicaments en vente libre si tel est le cas !

De plus, nous faire parvenir le profil pharmaceutique à jour des médicaments pris au régulier et même ceux déjà prescrits au besoin.

Si vous avez des questions, je suis là pour vous aider.

Caroline Labelle
Coordonnatrice/Infirmière auxiliaire



Téléphone : 819-597-2499

Courriel: cdcdomaine@outlook.com

Site internet: www.domainedespresdor.com
