



2027

Date de naissance: _____ / _____ / _____ Âge: _____ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Fumeur ☐ Non-fumeur ☐

S.V.P. NOUS FAIRE PARVENIR UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE SOLEIL. * NE PAS envoyer la carte soleil au camp.

Important ** Selon le médecin la personne souffre-t-elle de: (cochez si c'est le cas)

Asthme	_____	Diabète	_____	Prend-il (elle) de l'Insuline ? _____
				A quel moment ? _____
Indigestion	_____	Diabète non contrôlé	_____	
Manque d'appétit	_____	Trouble cardiaque	_____	Santé mentale _____
Hypotension	_____	Hypertension	_____	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 ou Intolérance : Oui ☐ Non ☐ Spécifiez : _____

Possède-t-il son épipen : Oui ☐ Non ☐

Informations supplémentaires. Type de Déficience : intellectuelle ☐ motrice ☐ sensorielle ☐
 Spécifiez: Léger ☐ moyen ☐ profond ☐

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

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

Fiche Santé 2-4

VERSO

Profil de MÉDICATION : 2027

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>
EXEMPLE DE DISPILL	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>

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 ☐ **Sorte ? :** _____

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

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.**

☐	Acétaminophène (Tylenol)	Oui_____	Non	☐
☐	Antiémitiques (Gravol)	Oui_____	Non	☐
☐	Antihistaminiques			
	(Bénadryl) en liquide ou comprimer	Oui_____	Non	☐
	(Réactine) en liquide ou comprimer	Oui_____	Non	☐
☐	Sirop contre la toux			
	(Bénylin)	Oui_____	Non	☐

Inscrire la sorte qu'on peut administrer au campeur : _____

☐	Anti-inflammatoires (Advil)	Oui_____	Non	☐
☐	Antibiotique en crème (Polysporin)	Oui_____	Non	☐
	(Mupirocin)	Oui_____	Non	☐
☐	Malaise gastrique (Pepto bismol)	Oui_____	Non	☐
	(Tums)	Oui_____	Non	☐
☐	Laxatif (Senokot)	Oui_____	Non	☐
	(Lax-a-day)	Oui_____	Non	☐
	(Dulcolax)	Oui_____	Non	☐
☐	Anti-diarrhée (Imodium)	Oui_____	Non	☐
☐	Rougeur sur la peau (Canesten,en crème)	Oui_____	Non	☐
	(Triad)	Oui_____	Non	☐
☐	(Antiphlogistine)	Oui_____	Non	☐

Complété par : _____ Signature du responsable: _____

Autres commentaires : _____

À retourner

Fiche Santé 4-4

2027

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: _____

Veuillez 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: _____

À retourner