

DOSSIER D'INSCRIPTION GROUPE HANDIVAO

PARTIE 1 : INFORMATIONS SUR LE SEJOUR ET DEPART

Afin de faciliter la lecture, merci d'écrire en majuscules

IDENDITE DU VACANCIER

Prénom : Nom :

Date de naissance : Age :

Sexe : F M

Téléphone du vacancier :

Nom de l'établissement :

Adresse complète de prise en charge :

.....

Téléphone de l'établissement :

Le vacancier est-il déjà parti avec Handivao/Behandi : oui non

Le vacancier est-il déjà parti en séjour de groupe ? : oui non

Type de handicap : visuel sourd mental

Psychique moteur polyhandicap

Nature / Dénomination du handicap :

Séjour choisi, dates et référence :

.....

Photo d'identité

Obligatoire

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION

Prénom : Nom :

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

RESPONSABLE LEGAL

Prénom : Nom :

Adresse complète :

Téléphone : Mail :

FACTURATION

Envoi de la facture : Responsable de l'inscription Responsable légal Autre*

*Si autre personne : Prénom : Nom :

Adresse de facturation :

Téléphone : Mail :

CONVOCATION AU SEJOUR

Envoi de la convocation par : mail courrier

Envoi de la convocation au : Vacancier Responsable inscription Autre*

*Si autre personne : Prénom : Nom :

Mail :

Adresse complète :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Responsable inscription Responsable légal Autre personne*

*Si autre personne :

Prénom : Nom :

Téléphone : Mail :

PARTIE 2 : LA VIE QUOTIDIENNE

LA TOILETTE

	Seul(e)	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale
▪ Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Prend sa douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Les parties intimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ Les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Reconnaît ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce qu'une présence physique est nécessaire lors de la douche ? oui non

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes de toilette :

.....

- Poche de stomie oui non
- Etui pénien ou vulvaire oui non
- Pistolet oui non

Si oui, a besoin d'aide pour l'utiliser :

	Jour	Nuit	Non
Enurésies*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, fréquence des changes :

Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :

Si oui, type de change :

	Jour	Nuit	Non
Encoprésies*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, fréquence des changes :

Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :

Si oui, type de change :

**Protections et alèses à fournir en quantités adaptées pour le vacancier*

Attention, la responsabilité d'Handivao ne peut être engagée pour tout dégâts effectués par un vacancier dans l'hébergement (par exemple pour des matelas souillés).

ALIMENTATION

	Seul(e)	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale
▪ Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentation des aliments	normaux <input type="checkbox"/>	hachés <input type="checkbox"/>	mixés <input type="checkbox"/>	lisses <input type="checkbox"/>
	Oui	Non		
▪ Utilise du gélifiant*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
▪ Couverts adaptés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Régime alimentaire :

Addictions alimentaires :

Troubles alimentaires :

Allergies :

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes d'alimentation :

.....

.....

RYTHME ET REPOS

	Oui	Non
▪ Sommeil agité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Difficultés à s'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Peurs/ angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
▪ Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelles raisons ?		
Besoin d'une surveillance nocturne*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Merci de noter que nous n'effectuons pas d'intervention nocturne.*

Nos accompagnateurs ne font pas de ronde la nuit et ne pourront intervenir qu'en cas d'urgence la nuit.

Si oui, pour quelles raisons ?

Heure habituelle du coucher :

Heure habituelle du lever :

Informations complémentaires :

.....

COMMUNICATION

Compréhension	simple <input type="checkbox"/>	moyenne <input type="checkbox"/>	totale <input type="checkbox"/>
Mode de communication	langage verbale <input type="checkbox"/>	geste/cris <input type="checkbox"/>	ne parle pas <input type="checkbox"/>
Peut exprimer ses besoins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Peut tenir une conversation fluide	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Ecrit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Lit	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>
Possède un téléphone portable	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Informations complémentaires :			
.....			

RELATION

	Oui	Non
Sociable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, envers qui (encadrants, vacanciers, autres)		
Préconisations pour éviter/gérer ce type de difficultés ?		

En couple sur le séjour avec :

Partage la même chambre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage le même lit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPLACEMENTS

	Oui	Non
Se repère dans l'espace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se repère dans le temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec l'aide de quelqu'un <input type="checkbox"/>
	moins de 30 minutes <input type="checkbox"/>	de 30 minutes à 1h <input type="checkbox"/>
	1-2 km <input type="checkbox"/>	3-4 km <input type="checkbox"/>
		avec du matériel <input type="checkbox"/>
		plus de 1 heure <input type="checkbox"/>
		5km et + <input type="checkbox"/>

Informations complémentaires :

.....

.....

Peut monter un escalier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Se déplace en intérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/>	canne <input type="checkbox"/>	déambulateur <input type="checkbox"/>
Se déplace en extérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/>	canne <input type="checkbox"/>	déambulateur <input type="checkbox"/>

POUR LES PERSONNES EN FAUTEUILS :

	Oui	Non
Occasionnellement pour les sorties longues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En permanence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se tenir debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appui plantaire (pour les transferts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer avec de l'aide dans un véhicule classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel :		
A l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je manœuvre seul(e) mon fauteuil électrique :		
A l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures du fauteuil en cm (obligatoire) :

Déplié	Largeur :	Hauteur :	Profondeur :	Poids :
Déplié	Hauteur globale (passager + fauteuil) :			

SORTIES

	Oui	Non
Peut sortir seul(e) sans accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est capable de rentrer à une heure fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES ACTIVITES

	Oui	Non
Sait nager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut se baigner avec surveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait choisir parmi plusieurs activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centre d'intérêt :

.....

Activités pratiquées :

Activités interdites :

LE COMPORTEMENT

	Oui	Non
Objet personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
Rituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
Potomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur de la foule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise d'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'isole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fabulations, délires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :		
Mise en danger de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :		
Automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez (fréquence, type d'objet, élément déclencheurs....) :		
Tendance à fuguer		
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière tentative :		
Comportement exhibitionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles sexuels		
Précisez :		
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence		
Peut-il/elle gérer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut-il/elle être frustré(e) par la limite de cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer le comportement à adopter :		
Peut consommer de l'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ?		
Gère son argent :	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec de l'aide <input type="checkbox"/>

S'il y a des troubles du comportement, quelles solutions mettre en place afin d'éviter ou gérer les différentes situations ?

.....

.....

.....

Partie 3 : Santé

	Oui	Non
Traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prend son traitement seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins corporels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ?

Injections pendant le séjour*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

***Toutes injections lors d'un séjour nécessite le passage d'une IDE. Une ordonnance sera à envoyer obligatoirement.**

Soins infirmiers

Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ?

Escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

Si oui, à quel endroit et quel type de traitement est nécessaire ?

A déjà eu des escarres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, en quelle année, à quel endroit et quel type de soins ?

Vaccination COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------

Hyper-salivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------

Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Diabétique*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Si oui : Injections

***Merci de fournir une ordonnance, un protocole et le matériel nécessaire**

Asthmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Epilepsie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, est-elle stabilisée ?

Si oui, date de la dernière crise ?

***Merci de fournir un protocole**

Déficience visuelle

Non voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Mal voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Déficience auditive

Sourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------

Malentendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

Port d'appareillage :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, quel type d'appareil :

Poids :kg	Taille :
-----------------	----------------

Antécédents médicaux (merci d'indiquer tous les antécédents médicaux à prendre en compte pour le séjour) :

.....

.....

.....

Partie 4 : Habitudes de vie

Eléments complémentaires (pédagogie, attitudes, à éviter ...) :

.....

.....

.....

Vie quotidienne (recommandations médicales, toilettes, habitudes...)

.....

.....

.....

Comportement (relation des inconnus, encadrants, autres vacanciers, participations aux activités...)

.....

.....

.....

Partie 5 : Matériel médical avec ordonnance à fournir

Pour remplir cette partie, merci de vous référer à la page « Fiche explicative »

	Oui	Non
Location fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lit médicalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec barrières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite, à gauche, les deux ?		
Avec potence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à droite ou à gauche ?		
Matelas à air*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Conçu en prévention des escarres		
Lève personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verticalisateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaise de douche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A roulette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accoudoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Les chaises de douche sont à l'achat et prise en charge une fois par an.		
Lit douche*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Les lits douches sont à l'achat. Tous les hébergements ne peuvent pas accueillir des lits de douche, merci de contacter Handivao par téléphone en cas de besoin.		
Sangles*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Le vacancier devra apporter ses propres sangles.		

Autres, préciser :

.....

.....

Merci d'indiquer le prénom, nom, la date et la signature de la personne ayant rempli le dossier avec la mention certifié exact

LE DOSSIER D'INSCRIPTION A ÉTÉ REVU SELON LA NOUVELLE INSTRUCTION VAO N°DGCS/SD3B/2015/233 DU 10/07/2015.

FICHE EXPLICATIVE

SOINS INFIRMIER SUR LE SEJOUR

Handivao ne dispose pas d'infirmière sur ses séjours. Ainsi, pour tout soins ou injections nécessitant une IDE, merci d'envoyer **une ordonnance au maximum 1 mois avant le départ**.

Merci de ne pas oublier le matériel nécessaire aux soins ou injections ainsi qu'un protocole pour l'infirmière de passage sur le séjour.

MATERIEL MEDICAL

Nous ne pouvons pas accepter de matériel médical dans les véhicules, faute de place. Ainsi, tout besoin en matériel médical devra être loué, excepté pour les vacanciers PMR venant avec leurs fauteuil.

Une **ordonnance** avec l'inscription « location et installation » et les dates de séjours, ainsi que la **carte de mutuelle** et **CPAM** est à envoyer **au maximum un mois avant le départ en séjour**.

Merci de noter que les lits médicalisés, matelas à air, lève-personnes et verticalisateurs peuvent être loué **uniquement** sur les séjours Légère et Grande Dépendance.

Attention, les chaises de douche, lits de douche et déambulateurs sont uniquement **à l'achat**. Ils sont remboursés une fois par an par la sécurité sociale du vacancier. Comme indiqué au-dessus, nous ne pourrions pas emmener la chaise de douche du vacancier dans le véhicule. Handivao peut mettre l'une de ses chaises de douche à disposition lors des séjours :



Hauteur sol/assise : 430 à 530 mm

Hauteur sol/assise : 42 à 57.5 cm
 Dimension assise : 43*42 cm
 Largeur découpe intime : 21.5 cm
 Profondeur de la découpe intime : 25 cm
 Poids utilisateur : 160kg

ARGENT DE POCHE

Tout argent de poche lors des séjours est à donner le jour du départ aux accompagnateurs. Un document détenu par les accompagnateurs devra être signé pour justifier du montant transmis. Merci de mettre l'argent de poche dans une enveloppe fermée avec le nom du vacancier et le montant.

Au retour les accompagnateurs vous remettront l'argent de poche avec les tickets justificatifs des dépenses. Si vous souhaitez récupérer le justificatif avec signature merci d'envoyer un mail à info@handivao.fr