



Cours

du _____ au _____

Nom _____

Prénom _____

Médecin traitant

Madame

Monsieur

Nom _____

Prénom _____

Rue et n° _____

NPA _____

Lieu _____

Tél. _____

Personne de référence pendant le cours (dans l'institution et/ou un proche)

Nom _____

Prénom _____

Tél. _____

Natel _____

Renseignements généraux

Taille _____

Poids _____

Remarques/Mesures particulières

Epilepsie _____

Allergie(s) _____

Diabète _____

Alimentation spéciale _____

Intolérance alimentaire _____

Moyen auxiliaire pour communiquer (p.ex. Laptop)

Merci de le prendre

Temps des repas

autonome

partiellement autonome

pas autonome

Manger

Boire

Sonde peg

A table

Assiette à soupe

Verre haut

Tasse haute

Paille

Vaisselle adaptée (si besoin, merci de prendre)

Serviettes en plastique (si besoin, merci de prendre)

Rapport de soins

Soutiens et moyens auxiliaires pour les déplacements

- Aucun
- Cannes
- Déambulateur
- Chaise manuelle
- Chaise électrique
- Scooter électrique
- Swiss trac
- Peux monter les escaliers
- Peux monter dans une voiture personnelle
- Peux m'asseoir sur un siège dans un bus adapté
- Chaise roulante pliable

Fixation lors d'excursions en bus

Poids et largeur de la chaise roulante kg cm

Le système de fixation du participant à la chaise roulante (ceinture) est fourni par ce dernier. L'ASPr-SVG | Polio.ch décline toute responsabilité si le participant ne dispose pas d'un système qui l'empêche de s'affaler ou de partir en avant lors d'un accident ou d'un freinage brusque.

Soins de base

	autonome	partiellement autonome	pas autonome
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'habiller et se déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uriner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aller à selles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se laver les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert du lit à la chaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Positionnement durant la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres formes d'aide

Instructions détaillées pour les soins de base

Rapport de soins

Je prends les moyens auxiliaires suivants

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alèse en plastique (lit) | <input type="checkbox"/> Urinal | <input type="checkbox"/> Bassin de lit |
| <input type="checkbox"/> Chaise WC | <input type="checkbox"/> Chaise de douche | <input type="checkbox"/> Planche de transfert |
| <input type="checkbox"/> Plateau tournant | <input type="checkbox"/> Cigogne/lève-personne | <input type="checkbox"/> Verticalisateur |

Ce matériel peut être réservés dans quelques cours.
Merci de contacter la direction du cours.

Autres besoins

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Potences de lit | <input type="checkbox"/> Lits électriques | <input type="checkbox"/> Rehausseurs de lit |
|--|---|---|

Moyens auxiliaires

Remarques/Mesures particulières

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Lunettes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lentilles | _____ |
| <input type="checkbox"/> Prothèse | Laquelle? _____ |
| <input type="checkbox"/> Orthèse/attelle | _____ |

Soins spécifiques/traitements

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hypotension | _____ |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la tension | _____ |
| <input type="checkbox"/> Changement de bandage | Où? _____ |
| <input type="checkbox"/> Risque d'escarre | Où? _____ |

Diabétique

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Contrôle de la glycémie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuline | _____ |
| <input type="checkbox"/> Administration autonome de l'insuline | _____ |

Rapport de soins

Elimination

- Sonde vésicale _____
- Rinçage de la vessie _____
- Cathéters sus-pubiens/Cystofix _____
- Condom urinaire _____
- Protection contre l'incontinence _____
- Evacuation des selles _____

Besoins spécifiques/traitements

Médication

Remarques/Mesures particulières

- Prise régulière de médicaments _____
- Prise autonome de la médication _____

Merci de prendre votre médication complète, si possible dans un pilulier/semainier, et le plan de distribution.

Lieu, date

Signature

Important

Ce rapport de soins (et év. celui de l'institution) est à joindre au formulaire d'inscription. S'il devait y avoir des modifications avant le début du cours, vous êtes priés d'en informer immédiatement la direction du cours. L'ASPr-SVG I Polio.ch décline toute responsabilité pour les dommages dus à des informations erronées ou incomplètes.

Les indications personnelles des participant-e-s sont confidentielles. Elles ne seront communiquées à des tiers qu'avec l'accord de la personne concernée (exception: urgence médicale).