



**BE HANDI**  
Agence de voyages et Tour opérateur

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

(à joindre avec la fiche « Information pour le séjour »)

Madame       Monsieur

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**ADRESSE DU VACANCIER :**

Foyer : ..... n° et Rue : .....

Code postal et ville : .....

**Téléphone :** ..... **Portable :** ..... **Mail :** .....

**Poids :**                      **Taille :**

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

Numéro de sécurité sociale : .....

**Numéro de Carte d'Identité/Passeport :** .....

Etes-vous sous mesure de curatelle    Oui     Non                       de tutelle    Oui     Non

Avez-vous une carte d'invalidité :      Oui     Non  ( Photocopie à fournir )

Avez-vous une carte de stationnement :    Oui     Non  ( Photocopie à fournir )

**Nom et coordonnées téléphonique de la Personne à contacter en cas de besoin :**

**Etablissement :**

**Personne référente :**

**Tuteur :**

**Famille :**

**MON HANDICAP :**

Moteur     Polyhandicap       Autre (sensoriel, mental, psychique)

Précisez.....

**TRAITEMENT MEDICAL :** (joindre obligatoirement photocopie de l'ordonnance)

Suivez-vous un traitement médical :    Oui                       Non

Avez-vous des soins infirmiers :      Oui                       Non

Soins corporels :                      Oui                       Non

Précisez.....

.....

**Problèmes Cutanés**

Aucun     Oui    Lequel ..... Traitement :

.....

Escarre Si oui à quel endroit ? ..... Traitement :

.....

**Avez-vous déjà eu des escarres :**     oui                       non

Si oui, merci de préciser l'année, la localisation et le type de soins : .....

.....

## VIE QUOTIDIENNE

### Mon autonomie de déplacement :

↳ JE PEUX MARCHER :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) pendant ___ h ___ mn               | <input type="checkbox"/> Avec l'aide de quelqu'un                                 |
| <input type="checkbox"/> ___ heures par jour                        | <input type="checkbox"/> Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs) |
| <input type="checkbox"/> Toute la journée                           | <input type="checkbox"/> Lentement  |
| <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) les escaliers | <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) quelques marches            |
| <input type="checkbox"/> J'utilise des cannes ou des béquilles      | <input type="checkbox"/> J'utilise un déambulateur                                |
| <input type="checkbox"/> Je suis appareillé(e) pour la marche       |   |

Précisez le type d'appareillage : .....

- J'utilise parfois un fauteuil (précisez les conditions d'utilisation du fauteuil dans le paragraphe référent ci-dessous)
- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se repère seul           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Tendance à se perdre     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Peut se mettre en danger | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

### ↳ J'UTILISE UN FAUTEUIL

- En permanence (à préciser)
- Je ne peux pas me tenir debout
- J'ai un appui plantaire (pour les transferts)
- Je me transfère avec de l'aide dans un véhicule classique (léger, de type C)
- Occasionnellement pour les sorties et j'emporterai le fauteuil sur le lieu du séjour

### Mon fauteuil utilisé durant le séjour :

- |                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manuel  | <input type="checkbox"/> Electrique  |
| <input type="checkbox"/> Pliable | <input type="checkbox"/> Non pliable |

(Merci de préciser les mesures du fauteuil, qu'il soit pliable ou non)

**Déplié** Largeur :                      Hauteur :                      Profondeur :                      Poids :

**Déplié** Hauteur globale (passager + fauteuil) :

**Plié** Largeur :                      Hauteur :                      Profondeur :

- Je manœuvre seul(e) **mon fauteuil manuel**  
A l'intérieur :  Oui  Non                      ➤ A l'extérieur :  Oui  Non
- Je manœuvre seul(e) **mon fauteuil électrique**  
A l'intérieur :  Oui  Non                      ➤ A l'extérieur :  Oui  Non

### Mon autonomie gestuelle :

- |                                 |                                  |   |                                      |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| • Je me lève et me couche       | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| • Je fais ma toilette (lavabos) | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| • Je me douche ou me baigne     | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| • Je me rase                    | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| • Je m'habille                  | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
| • Je mange                      | <input type="checkbox"/> seul(e) | <input type="checkbox"/> aide partielle | <input type="checkbox"/> aide totale |
- avec des couverts ordinaires     uniquement à la cuillère     avec mes propres couverts

- Je bois  seul(e)  aide partielle  aide totale  
 au verre  avec mon propre gobelet  avec une pipette ou une paille

### Mon mode de communication :

- J'ai l'usage de la parole (préciser)  Ordinaire  Difficile  Très difficile

Je n'ai pas l'usage de la parole

- J'utilise des accessoires de communication  Oui  ?on

Si oui, lesquels\* :  pictogramme  alphabet  ordinateur à synthèse vocale

- Je possède mon propre langage (code), par signe ou onomatopées :  oui  non

(Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative)\* à emporter sur le lieu du séjour

Je sais lire  Oui  Non Je sais écrire  Oui  Non

### CONFORT PERSONNEL

Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle.

J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle.

Si vous avez des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous.

#### ↳ MODE DE MICTION :

Normal (sur wc)  Bassin ou « pistolet »  Etui pénien (ou vulvaire) + poches d'urines

Sondage, \_\_\_\_\_ fois par jour (effectué par un tiers)

Auto sondage, \_\_\_ fois par jour (effectué par moi-même)

Sonde à demeure : fréquence du remplacement : .....

Stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement : .....

Protection (alèses...) autres précisé : .....

#### Quelque soit le mode miction :

J'assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)

Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)  Aide importante ou totale (assuré par un tiers)

#### Cependant, des incidents peuvent survenir :

Jamais ou exceptionnellement

Assez fréquemment  La nuit

Tous les jours ou presque  Le jour

#### ↳ MODE DE DEFECATION :

Normal (sur wc)  Sur bassin

J'utilise des produits locaux (type microlax) si oui, à quelle fréquence : .....

Extraction digito-rectale, \_\_\_\_\_ fois par jour ou \_\_\_\_\_ fois par semaine

Par moi-même  Par un tiers

Stomie digestive : fréquence du remplacement : .....

Protection car incontinence

#### Quelque soit le mode défécation

J'assure seul(e)  Aide partielle ou dans certains cas

Aide importante ou totale

#### Cependant, des incidents peuvent survenir :

Jamais ou exceptionnellement  Assez fréquemment

Tous les jours ou presque

Le jour  La nuit

## AUTONOMIE RESPIRATOIRE

Je fume  Oui  Non

Je n'ai aucun problème respiratoire

Je dois faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort – kiné)

Préciser : .....

Je suis actuellement trachéotomisé(e)

J'ai de l'oxygène de façon intermittente ou permanente

Préciser : .....

J'ai une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne / permanente

Préciser : .....

Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre, au dossier d'inscription, une note explicative.

## EPILEPSIE EVENTUELLE

Je ne suis pas sujet aux crises d'épilepsie

Je suis sujet aux crises d'épilepsie

Si oui, préciser la fréquence : .....

**Conseil en cas de crise :** .....

## ALIMENTATION

**Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?**  oui  non

Si oui, lesquels : .....

Et pourquoi ? .....

**Présentation des aliments :**  normaux  hachés  mixés  lisses

**Je suis sujet aux fausses routes ?**  oui  non

Si oui, y a-t-il des techniques afin de les éviter ?

.....

**Je suis un régime alimentaire ?**  oui  non

Si oui :  rigoureux  souple

Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel...) : .....

## VIE SOCIALE

### RYTHME DE VIE

Je peux sortir TOUTE la journée en excursion

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de \_\_\_\_\_ heures

Avez-vous l'habitude de pratiquer des activités hors de votre lieu de vie pendant l'année ?

oui  non

Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades...) .....

..... Et à quelle fréquence ? .....



