

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____ PRENOM : _____

Femme ou homme DATE DE NAISSANCE : AGE :

VOTRE ADRESSE :
.....

TEL FIXE PERSONNEL TEL PORTABLE :

TEL PROFESSIONNEL : COURRIEL :

DATES ET LIEU DU SEJOUR AU VIEL AUDON :

THEME DU SEJOUR AU VIEL AUDON:

Cette fiche nous permet de recueillir les informations indispensables à la vie en collectivité et utiles à votre sécurité, pendant votre séjour au Viel Audon. Elle évite de vous munir de votre carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin de votre séjour.

Toutes les informations recueillies nous permettront également de mieux vous accueillir et de vous aider à traiter d'éventuels problèmes.

Elles resteront confidentielles et ne seront transmises qu'au corps médical, en cas d'accident grave.

1 – VOS VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires pour la vie en collectivité, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

2 – QUELQUES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Suivez vous un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui est-ce que ce traitement possède des contre-indications particulières, ou encore risque t'il de vous gêner durant le séjour ? oui non

Merci de nous décrire brièvement ces contre-indications et autres gênes si nous devons les prendre en compte pendant votre séjour : .

.....
.....

Avez-vous eu les maladies suivantes?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	---

3 – VOS ALLERGIES ET PARTICULARITES EVENTUELLES A PRENDRE EN COMPTE:

ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON
ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....
.....
.....
.....

4 - DES RECOMMANDATIONS UTILES

Portez vous des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Merci de préciser

.....
.....
.....

5 – LES PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

UN DE VOS PROCHES : NOM..... PRENOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR).....

.....

TEL. FIXE PERSONNEL : TEL. PORTABLE:

TEL PROFESSIONNEL : COURRIEL :

NOM ET TEL DE VOTRE MEDECIN TRAITANT :

.....