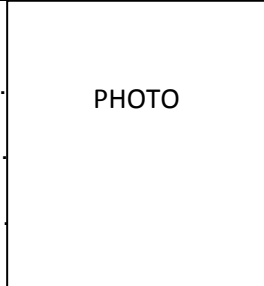




SONNENHOF
Centre Théodore Monod

**TRAITEMENT MEDICAL
OBLIGATOIRE**
Fiche à renseigner et à fournir avec le **semainier rempli (*)**

Nom :
Prénom :
Séjour :



A TRAITEMENT MEDICAL

TRAITEMENT PERMANENT LISTE DES MEDICAMENTS PLACES EN SEMAINIER (un par semaine)	Quantité MATIN	Quantité MIDI	Quantité SOIR	Quantité COUCHER	Quantité AUTRE
TRAITEMENT PERMANENT LISTE DES MEDICAMENTS PLACES HORS SEMAINIER (Gouttes, sachets,.)	Quantité MATIN	Quantité MIDI	Quantité SOIR	Quantité COUCHER	Quantité AUTRE
TRAITEMENT PROVISOIRE supplémentaire Du / Au / EN SEMAINIER supplémentaire	Quantité MATIN	Quantité MIDI	Quantité SOIR	Quantité COUCHER	Quantité AUTRE

La différence est notre richesse !

B SOINS INFIRMIERS REGULIERS OU QUOTIDIENS :

Si l'état du vacancier nécessite des soins particuliers pour un passage régulier ou quotidien (plusieurs injections, pansement, kiné, :

➤ Vous nous adressez l'organisation des soins dès que possible afin que nous puissions en vérifier l'adéquation avec l'organisation du séjour avec le cabinet d'infirmier. Nous vous contacterons si nécessaire et vous mettrons en contact avec le cabinet d'infirmier le cas échéant.

➤ Vous nous adresser une ordonnance

S'il ne s'agit que d'une injection une fois durant le séjour, vous nous le signalez, l'équipe se chargera de contacter le cabinet infirmier. Adressez-nous seulement, l'ordonnance.

(* IMPORTANT Le Centre Théodore Monod se réserve le droit de refuser la distribution du traitement en cas d'absence de préparation du semainier et/ou conforme à l'ordonnance. Le Centre Theodore Monod ne prend en aucun cas en charge la préparation du semainier.

B AUTRES RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :

.....

Pour informations, le responsable du séjour, en accord avec un médecin, prendra toutes mesures utiles concernant la santé du vacancier y compris la mise en œuvre de tout traitement ou intervention reconnus médicalement urgents.

Indispensable en cas de problème, médecin traitant joignable durant le séjour :

NOM **Prénom**.....

Ville **Téléphone** **Week-end et jour fériés**

PROTHESE ET ORTHESES :

Merci de noter ci-dessus ce que porte la personne (appareil dentaire, oculaire, auditif, membres, poche....). Si soin spécifique, y adjoindre une note pour l'équipe et le cas échéant une ordonnance pour le cabinet d'infirmier

EPILEPSIE (préciser si absences, circonstances déclenchantes, fréquences, etc) :

SENSIBILITE AU SOLEIL (fournir une crème solaire adaptée) : _____

ALIMENTATION : ➤ Vigilance particulière (risque de fausse route, problème de déglutition, etc,....)

➤ Régime / Aliments proscrits (ordonnance obligatoire) _____

➤ Repas (ordonnance obligatoire) mixé haché

AUTRES INDICATIONS RELATIVES A LA SANTE DEVANT PORTEES A CONNAISSANCE DE L'EQUIPE D'ENCADREMENT (allergies, contre indications,) Joignez, si vous l'estimez nécessaire et sous la forme qui vous convient (feuille annexe, pli fermé, des indications complémentaires à destination de l'équipe du séjour ou aux professionnels du corps médical en cas de besoin.

A Le Nom, qualité signataire et Signature

Fiche valable au jour de la signature du dit document. En cas de modifications de l'état de santé du vacancier, demander un nouveau formulaire.