

# Informations nécessaires à l'accueil en stage

## RENSEIGNEMENTS GENERAUX

La personne accueillie :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

La personne marche t-elle seule?

Oui/non

A-t-elle besoin d'un déambulateur?

Oui/non

A-t-elle besoin d'un fauteuil ?

Oui/non

Porte-t-elle des semelles orthopédiques?

Oui/non

Porte-t-elle des lunettes ?

Oui/non

Porte-t-elle un appareil dentaire?

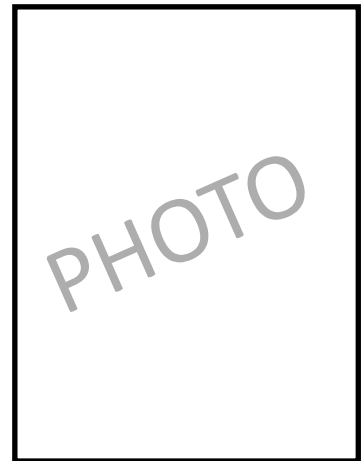
Oui/non

Porte-t-elle un appareil auditif ?

Oui/non

A-t-elle un handicap ou des difficultés sensorielles ?

Oui/non



**Entourer la réponse**

Précisez :

---

---

---

---

---

---

---

---

## CENTRES D'INTERÊTS DE LA PERSONNE

Indiquez les centres d'intérêts de la personne:

---

---

---

---

---

---

---

---

## PRÉCAUTIONS

Y-a-t-il des précautions particulières à prendre ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## ALIMENTATION

Nourriture mixée : Oui Non

Régime hypocalorique : Oui Non

Régime hypercalorique : Oui Non

Autre régime : Oui Non

Précisez : \_\_\_\_\_

A-t-elle des couverts adaptés ? Oui Non

A-t-elle besoin de matériel spécifique ? Oui Non Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Peut-elle couper sa viande toute seule ? Oui Non

Faut-elle l'aider à couper ? Oui Non

## SIGNATURE

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la personne et de son représentant :

## MEDECIN TRAITANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

## SANTÉ

### Prise en charges régulières:

Consultations médicales, régulières, spécialisée Oui / Non

• Kinésithérapeute Oui / Non Si oui, précisez la fréquence: \_\_\_\_\_

• Infirmier Oui / Non Si oui, précisez la fréquence: \_\_\_\_\_

• Orthophoniste Oui / Non Si oui, précisez la fréquence: \_\_\_\_\_

• Psychologue Oui / Non Si oui, précisez la fréquence: \_\_\_\_\_

• Ergothérapeute Oui / Non Si oui, précisez la fréquence: \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

La personne accueillie a-t-elle des allergies connues ?

\_\_\_\_\_

La personne est-elle épileptique ? Oui/ Non

Si oui, fréquence des crises ? \_\_\_\_\_

La personne est-elle asthmatique ? Oui/ Non

Si oui, a-t-elle un traitement ? \_\_\_\_\_

Fréquence des crises ? \_\_\_\_\_

La personne accueillie a-t-elle un traitement régulier ? Oui/ Non Si oui, **Ordonnance de - 3 mois à fournir.**

Indiquez le moment de la journée où le traitement doit être distribué:

\_\_\_\_\_

Y-a-t-il des éléments à connaître pour bien accompagner la personne ? Oui/Non

Si oui, précisez:

\_\_\_\_\_

Y-a-t-il des contre-indications à connaître ? (exemple pas de sport, pas de port de charge, ...) Oui/ Non

Si oui, précisez:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_