



A remplir par le médecin traitant uniquement :

**Médecin traitant :**

**Nom :** .....

**Rue:** ..... **N°:** ..... **Bte:** .....

**Code postal:** ..... **Localité:** .....

**Tél/GSM :** .....

Je suis joignable durant le séjour de vacances de :

Bruxelles (20 au 30 juillet)     Oostduinkerke (29/08 au 05/09)

Je ne suis pas joignable

En cas d'absence, mon confrère remplaçant est :

**Nom :** .....

**Tél/GSM :** .....

Je renouvellerai les prescriptions avant le camp pour que mon patient dispose des médicaments et/ou le matériel de soins en quantité suffisante durant tout son séjour.

**Anthropométrie récente (moins de 6 mois)**

Poids : ..... kg

Taille : ..... cm

**Handicap précis**

Handicap (diagnostic) : .....

.....

.....

Depuis : ..... (année) soit ..... ans

Complication (ou exacerbation) récente  OUI     NON

Si oui, laquelle .....

.....

**Antécédents médicaux**

Maladie graves : .....

Interventions chirurgicales principales :

Année :            Type :

Année :            Type :



Traitement de crise

Autre traitement

### Examen clinique

#### Neurologie

- Migraines – Céphalées - maux de tête :
- Troubles visuels :
- Troubles de la concentration :
- Troubles de l'élocution :
- Troubles de l'équilibre :
- Troubles de la motricité :
- Tonus
- Mouvements incontrôlés (trémulation, chorée, athétose,...)
- Troubles sphincters (voir plus bas)
- Troubles mentaux :
- Troubles d'un ou plusieurs nerfs crâniens (N. I-XII) :  
I – II – III – IV – V – VI – VII – VIII – IX – X – XI – XII
- Réflexes :
- Coordination :
- Troubles de la perception :  Chaleur –  Odeur –  douleur -  proprioception
- Crises d'épilepsie : Fréquence normale : ..... /J – Sem – Mois – An  
Médication : .....

#### Pneumologie

##### Troubles respiratoires :

- Asthme : Médication : .....
- Bronchite chronique : Médication : .....
- Emphysème : Médication : .....
- Autre : Médication : .....

Cardiologie

- Fréquence cardiaque habituelle : .....
- Tension artérielle habituelle : .....
- Troubles cardiaques : .....
- Pathologies avérées : .....

Troubles hématologique et/ou colo-protologique

Diabète :  OUI  NON

Traitement :  pompe à insuline  Pompe connectée  Stylo  Autre : .....

Fréquence défécation : ..... fois par jour      Horaire : .....

Tendance à la constipation  OUI  NON

Médication : .....

Troubles intestinaux :  OUI  NON - Si oui précisez : .....

Médication : .....

Fonction urinaire

Incontinence urinaire d'effort  Incontinence neurologique  Incontinence diurne

Enurésie  Sonde vésicale

Soins requis - Médication : .....

Santé mentale ou relationnelle :

Sur une échelle de 1 à 5, le 1 étant la valeur la plus petite, NC signifiant « non concerné », diriez-vous que le patient au cours de ce dernier mois présente les signes ou symptômes suivants :

Angoisse	NC	1	2	3	4	5
Autistique	NC	1	2	3	4	5
Dépressif	NC	1	2	3	4	5
Irritabilité	NC	1	2	3	4	5
Phobies difficilement contrôlables	NC	1	2	3	4	5
Paranoïaques	NC	1	2	3	4	5
Schizophrénique	NC	1	2	3	4	5

Autres : .....

Autres

Insomnie.     affection cutanée     saignement de nez.     vomissements

somnambulisme.     mal du voyage.     problème de déglutition.     phobie

intolérance alimentaires : .....

Allergies : .....

Soins particuliers

Escarres,     plaies,     massage,     friction,     pommade,     pansement

Remarques : .....

.....

## Soins dentaires :

- Le campeur porte-t-il un dentier :         OUI     NON
- Le dentier doit-il être retiré la nuit :     OUI     NON
- Autres soins buccaux :  OUI     NON    Si oui, précisez : .....

.....

## Le campeur durant le camp, doit-il recevoir :

- Des soins infirmiers  OUI     NON    Si oui, précisez : .....

.....

- La visite d'un kiné  OUI     NON    Si oui, précisez : .....

.....

**Autres remarques importantes à communiquer aux responsables de camps :**

Fait à .....

le : .....

**Cachet et signature du médecin :**