



FICHE MEDICALE

Le participant

Nom : Prénom :

Sexe (M/F): Né(e) le: / /

N°de sécurité sociale:

Taille :

Poids :

Groupe sanguin :

Sens

Déficience auditive : oui non
- si oui : légère moyenne complète
- est appareillé : oui non
- si oui, précisez :

- le gère seul : oui non

Déficience visuelle : oui non
- si oui : légère moyenne complète
- est appareillé: lunettes lentilles

Autre déficience sensorielle : oui non

- si oui, précisez :

Prothèse et appareillage médical

Prothèse dentaire : oui non
- la gère seul : oui non

Fauteuil roulant : oui non
- si oui : en permanence sporadiquement

Matériel orthopédique : oui non
(*bas de contention etc...*)

- si oui, précisez :

- le gère seul : oui non

Médical

Vaccination à jour : oui non
- Date des derniers rappels :

Est-il épileptique : oui non
- si oui, est-il stabilisé : oui non
- précisez:

Est-il diabétique : oui non
- si oui, a-t-il besoin d'injections: oui non
- fait par une infirmière : oui non
- fait par lui même : oui non

Le participant souffre de **problèmes cardiaques :**
oui non
- si oui, précisez:

Souffre-t-il d'**allergies :** oui non
- si oui, précisez :

Le bénéficiaire a-t-il de l'**asthme :** oui non
- si oui, a un traitement : oui non
- sait le gérer : oui non

Suit-il un **régime alimentaire :** oui non
- si oui, précisez :

- mange mixé : oui non
- mange pré-haché : oui non

Autorisation de **baignade :** oui non
- si non, indiquez la raison:

Contre-indications particulières : oui non
- Si oui, précisez :

Utilise un **moyen contraceptif :** oui non
- lequel :

- le gère seul : oui non

Profil du participant face à la Covid-19

Le participant est-il une personne à risque de forme grave de la Covid-19 au regard des critères définis par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son avis du 20 avril 2020 actualisé : oui non

Le participant est en capacité de supporter le port du masque : oui non

Interventions chirurgicales récentes (précisez la date) :

TRAITEMENT MÉDICAL RÉGULIER

Le bénéficiaire suit un traitement médical régulier (si oui, indiquer la posologie dans le tableau): oui non
 - Le prend seul : oui non

Médicaments	Matin	Midi	Soir	Coucher

Pour une prise en compte sécurisée des soins, remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et les piluliers nominatifs.

PROTOCOLE MÉDICAL EN CAS D'URGENCE OU « SI BESOIN »

Ce tableau est à renseigner si la personne accueillie nécessite des soins d'urgence dans des cas précis connus mais ne nécessitant pas un traitement médical régulier : crises, règles douloureuses, maux de transport etc...

SITUATIONS	Signes d'appels (exemple : gonflement, plaques rouges, violence...)	Éléments déclencheurs et fréquence	Conduite à tenir - Médicaments et dose à administrer - Position à privilégier...
Si allergie, précisez:			
Si épilepsie			
Gestion de troubles du comportement, précisez :			
Si asthme			
Autres, précisez :			

Remettre au responsable de séjour au moment du départ l'ordonnance avec la mention « aide à la vie courante » et un pilulier nominatif dédié à ce traitement « en cas d'urgence » .

Les cas d'urgence mentionnés ci-dessus **nécessitent-ils un appel d'urgence** à une assistance médicalisée :

- pendant l'urgence et avant de lui administrer le traitement : oui non
- après la gestion de l'urgence : oui non

Si oui, un **contact est-il à privilégier** (SAMU, spécialiste, médecin traitant...) : oui non

si oui lequel :

Je soussigné, Docteur..... certifie que **l'état de santé de la personne citée ci-dessus n'est pas incompatible avec un séjour en collectivité dans un cadre non médicalisé.**

Certifié exact le à

Signature et cachet :

LISTE DES PERSONNES À RISQUE DE FORME GRAVE DU COVID-19

- **Les personnes âgées de 65 ans et plus**, en particulier celles de plus de 70 ans
- **Les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires**
(hypertension artérielle compliquée ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque).
- **Les diabétiques, non équilibrés ou présentant des complications**
- **Les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire**
(broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, apnées du sommeil, mucoviscidose,...).
- **Les patients ayant une insuffisance rénale chronique dialysée**
- **Les malades atteints de cancer évolutif sous traitement** (hors hormonothérapie)
- **Les malades atteints de cirrhose**
- **Les personnes présentant une obésité**
(indice de masse corporelle (IMC) > 30 kg/m²).
- **Les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise**
- **Les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur**
ou ayant un antécédent de splénectomie.
- **Les femmes enceintes**,
au 3^e trimestre de la grossesse.

Vous avez des questions sur le coronavirus ?



GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS



0 800 130 000
(appel gratuit)