



7 rue Castellane 75008 Paris
Tél : 0970 447 236
Mail : info@librensemble.org
Association à but non lucratif - Siren N° 853102150

Autorisation médicale

Cette autorisation doit nous être adressé préalablement à votre demande d'inscription.
Cett **élément est essentiel** pour que vous puissiez vivre pleinement votre séjour.

Je soussigné(e) Docteur : _____

Adresse : _____

Courriel : _____@_____

Téléphone : _____

Certifie avoir examiné ce jour Monsieur ou Madame

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

NATURE DU HANDICAP

Moteur Mental Polyhandicap

Origine _____

Vaccination antitétanique : date du dernier rappel _____ / _____ / _____

Poids : _____ Kg (obligatoire)

Principaux antécédents médicaux / chirurgicaux ou psychiatriques :

DÉFICIENCES ASSOCIÉES (au handicap moteur)

Sensorielles	Altération auditive :	oui	non	Port de prothèses	oui	non
	Altération visuelle :	oui	non	Port de lunettes	oui	non

Cardiaque (insuffisance cardiaque, précautions, joindre prescription) _____

Respiratoire Sensibilités aux infections, effort, soins kiné respiratoire, si oxygène préciser fréquence

Urinaire (mode de miction) Normal (WC) Bassin/Urinal
Etui pénien (vulvaire) + poches Protection (couches ...)
 Sonde à demeure, changement toutes les __ semaines - Date dernier changement : _____
 Stomie urinaire (urétérostomie) Préciser le type de stomie _____
 Auto-sondage (seul) Hétéro-sondage (par un tiers) – Combien de fois/jour : _____

Intestinal

Mode d'élimination des selles : Normale (WC) Bassin/siège adapté Protection
 Utilise produits locaux (type Microlax) Lavement (type Normacol) Stomie digestive
Quel que soit le mode d'élimination : Seul Aide partielle Aide totale

Cutanée (existence ou risque d'altération)

Risques _____ Précautions préventives _____

Escarre ou plaie actuelle : précisez stade, localisation et soins (joindre protocole et prescription) :

Epilepsie

Comitialité : Stabilisée - Date de la dernière crise : _____ Non stabilisée

Déficiência mentale Légère Moyenne Sévère

Type de déficiencia : _____

Troubles cognitifs Légers Moyens Sévères

Types de troubles : _____

Comportement perturbateur (Difficultés en collectivité-réaction inappropriée, fugue- mauvais gestion du danger : dangereux pour les autres ou mise en danger de lui-même)

Types de troubles : _____

Conduite à tenir :

Troubles de l'humeur (Dépression...) traitement en cours : _____

Traitements et soins indispensables pendant le séjour

- Traitements médicamenteux**, nature des traitements (spécialité, posologie), joindre prescription
Prise du traitement : seul avec l'aide d'un tiers
- Soins infirmiers** : Joindre prescription, protocole
- Kinésithérapie** : Joindre prescription, protocole
- Appareillage** : Prothèse Orthèse Corset Siège coquille
- Autre, précisez : _____

Précautions / Contre- indications

- Anesthésie (Précaution, contre-indication ...) : _____
- Allergies (médicamenteuse, alimentaire, contact ...) : _____
- Intolérance (médicamenteuse, alimentaire, contact ...) : _____

Complément d'informations :

- Conclusion : Séjour autorisé
- Nouvelle visite médicale nécessaire avant le voyage

Préciser ce qui motive cette précaution : _____

Fait à _____ le _____
Signature et cachet du praticien

Ne pas oublier de joindre les copies de toutes les prescriptions en cours.