

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL HANDICAP LOURD

Nom : .....Prénom : .....

Adresse : .....

Né(e) le : .....

Handicap : ..... Poids : .....

Merci de cocher les cases des situations correspondant le mieux. Plusieurs réponses sont possibles. N'hésitez pas à rajouter des détails dans la partie "autres informations que vous souhaitez..." en fin de dossier.

### MON AUTONOMIE DE DEPLACEMENT

#### > Je peux marcher :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) pendant ..... h.....mn  | <input type="checkbox"/> Avec l'aide de quelqu'un                      |
| <input type="checkbox"/> Allure ordinaire (pas d'atteinte des membres inférieurs)  | <input type="checkbox"/> Lentement                                     |
| <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) les escaliers  | <input type="checkbox"/> Je monte et descends seul(e) quelques marches |
| <input type="checkbox"/> J'utilise des cannes ou des béquilles   | <input type="checkbox"/> J'utilise un déambulateur                     |
| <input type="checkbox"/> Toute la journée  | <input type="checkbox"/> .....heures par jour                          |
| <input type="checkbox"/> Je suis appareillé(e) pour la marche  |  |
| Précisez le type d'appareillage : .....  |  |
| <input type="checkbox"/> J'utilise parfois un fauteuil (précisez les conditions d'utilisation du fauteuil dans les paragraphes ci-dessous) |  |

#### > J'utilise un fauteuil

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> En permanence (à préciser)  | <input type="checkbox"/> Je ne peux pas me tenir debout                     | <input type="checkbox"/> J'ai un appui plantaire (transfert) |
| <input type="checkbox"/> Occasionnellement pour les sorties et j'emporterai son fauteuil sur le lieu du séjour |   |  |
| • Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel  |   |  |
| ➤ A l'intérieur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                    | ➤ A l'extérieur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |
| • Je manœuvre seul(e) mon fauteuil électrique  |   |  |
| ➤ A l'intérieur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                    | ➤ A l'extérieur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |  |

## MON AUTONOMIE GESTUELLE

---

- Je me lève et me couche  seul(e)  aide partielle  aide totale
- Je fais ma toilette (lavabos)  seul(e)  aide partielle  aide totale
- Je me couche ou me baigne  seul(e)  aide partielle  aide totale
- Je me rase  seul  aide partielle  aide totale
- Je m'habille  seul(e)  aide partielle  aide totale
- Je mange  seul(e)  aide partielle  aide totale
- avec des couverts ordinaires  uniquement à la cuillère  avec mes propres couverts
- Je bois  seul(e)  aide partielle  aide totale
- au verre  avec mon propre gobelet  avec une pipette ou une paille

## COMMUNICATION

---

- J'ai l'usage de la parole (préciser)  ordinaire  difficile  très difficile
- Je n'ai pas l'usage de la parole
- J'utilise des accessoires de communication  oui  non
- Si oui, lesquels\* :  pictogramme  alphabet  ordinateur à synthèse vocale
- Je possède mon propre langage (code), par signe ou onomatopées :  oui  non
- (Si oui, merci de nous communiquer avant le séjour une note explicative)\* à emporter sur le lieu du séjour

## CONFORT PERSONNEL

---

- Je n'ai aucune difficulté pour la miction ou pour aller à la selle.
- J'ai des difficultés pour la miction ou pour aller à la selle.

Si vous avez des difficultés, merci de compléter le questionnaire ci-dessous.

### > Mode de miction :

- Normal (sur wc)  Bassin ou « pistolet »  Etui pénien (ou vulvaire) + poches d'urines
- Sondage, \_\_\_\_\_fois par jour (effectué par un tiers)
- Auto sondage, \_\_\_\_\_fois par jour (effectué par moi-même)
- Sonde à demeure : fréquence du remplacement : \_\_\_\_\_
- Stomie urinaire (urétérostomie...) : fréquence du remplacement : \_\_\_\_\_
- Protection (couches, alèses...) autres, préciser : \_\_\_\_\_
- Quelque soit le mode miction :
  - J'assure seul(e) en toute circonstances (voyage...)
  - Aide partielle ou dans certains cas (préparation du matériel)
  - Aide importante ou totale (assuré par un tiers)
- Cependant, des « fuites » peuvent survenir :
  - Jamais ou exceptionnellement
  - Assez fréquemment  La nuit
  - Tous les jours ou presque  Le jour

### > Mode de défécation :

- Normal (sur wc)  Sur bassin
- J'utilise des produits locaux (type microlax) si oui, à quelle fréquence :
- Exonération digito-rectale, \_\_\_\_\_fois par jour ou \_\_\_\_\_fois par semaine
  - Par moi-même  Par un tiers
- Stomie digestive : fréquence du remplacement : \_\_\_\_\_
- Protection car incontinence
  
- Quelque soit le mode défécation
- J'assure seul(e)  Aide partielle ou dans certains cas  Aide importante ou totale
  
- Cependant, des « fuites » peuvent survenir :
- Jamais ou exceptionnellement  Assez fréquemment  Tous les jours ou presque
- Le jour  La nuit

## AUTONOMIE RESPIRATOIRE

---

- Je n'ai aucun problème respiratoire
  - Je dois faire attention (sensibilité aux infections, précautions altitude ou effort – kiné)  
Préciser : .....
  - Je suis actuellement trachéotomisé(e)
  - J'ai de l'oxygène de façon intermittente ou permanente  
Préciser : .....
  - J'ai une ventilation nocturne assistée (respirateur) : nocturne / permanente  
Préciser : .....
- Pour toute assistance respiratoire, merci de joindre, au dossier d'inscription, une note explicative.

## EPILEPSIE EVENTUELLE

---

- Je ne suis pas sujet aux crises d'épilepsie
- Je suis sujet aux crises d'épilepsie  
Si oui, préciser la fréquence : tous les .....
- Conseil en cas de crise : .....

## ALIMENTATION

---

- Y a-t-il des aliments à éviter à tout prix ?  oui  non  
Si oui, lesquels : .....
- Et pourquoi ? .....
- Présentation des aliments :  normaux  mixés  hachés menus
- Je suis sujet aux fausses routes ?  
Si oui, y a-t-il des « trucs » pour les éviter ? .....
- Je suis un régime alimentaire ?  oui  non  
Si oui :  rigoureux  souple  
Merci de préciser le type de régime (hypocalorique, sans sel...) : .....

## PROBLEMES CUTANES (ESCARRES)

---

Aucun     Risques (surveillance et prévention), à quel endroit ? .....

Avez-vous déjà eu des escarres :  oui                       non

Si oui, merci de préciser l'année, la localisation et le type de soins : .....

## RYTHME DE VIE

---

Je peux sortir TOUTE la journée en excursion

J'ai besoin d'un temps de repos quotidien (sieste), de \_\_\_\_ heures

Avez-vous l'habitude de pratiquer des activités hors de votre lieu de vie pendant l'année ?

oui                       non

Si oui, de quel type (activités avec la délégation, sorties, balades...) .....

Et à quelle fréquence ? .....

Avez-vous besoin d'une aide nocturne ? (Possible uniquement sur les séjours proposant une veille de nuit)

oui                       non

Si oui, de quel type :  retournement, changement de position \_\_\_\_ fois par nuit

autre, préciser : .....

## AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER

---

J'ai d'autres problèmes de santé qui doivent être pris en compte (allergie ou autres troubles personnels...) .....

Avez-vous besoin de matériel médical :

lit médicalisé     lève personne     chaise douche

Autre, préciser : .....

Avez-vous besoin de soins infirmiers (préciser) : .....

ATTENTION : ces 2 services ne seront possibles que sur présentation d'une prescription médicale envoyée à Access tourisme au moins 15 jours avant le départ

REMARQUES : .....

Questionnaire à retourner à :

**ECOTOURISME POUR TOUS**

25 bd Carnot

BP 70608

49106 ANGERS Cedex 2

Tel : 02 41 33 13 22

contact@ecotourisme-pourtous.com