



AADSP VOYAGES

VOTRE SEJOUR

ETAT CIVIL ET COORDONNEES		PERSONNE A CONTACTER	
NOM :		S'AGIT-IL :	
PRENOM :		<input type="checkbox"/> D'UNE STRUCURE	<input type="checkbox"/> D'UN PROCHE
SITUATION FAMILIALE :		<input type="checkbox"/> AUTRE (<i>Préciser</i>) :	
DATE DE NAISSANCE :/...../.....		NOM :	
ADRESSE :		PRENOM :	
.....		LIEN :	
TELEPHONE PRINCIPAL :		ADRESSE :	
ADRESSE MAIL :	
CARTE IDENTITE N° :		ADRESSE MAIL :	
PASSEPORT N° :		TELEPHONE PRINCIPAL :	
SEJOUR			
DUREE :jours etnuits DU/...../..... AU/...../.....			
MODE DE VILLEGIATURESOUHAITE :			
<input type="checkbox"/> HÔTEL	<input type="checkbox"/> CAMPING	<input type="checkbox"/> GITE	<input type="checkbox"/> MAISON D'HOTE
			<input type="checkbox"/> CHEZ L'HABITANT
			<input type="checkbox"/> AUTRE
SITUATION GEOGRAPHIQUE SOUHAITEE			
<input type="checkbox"/> VILLE	<input type="checkbox"/> CAMPAGNE	<input type="checkbox"/> MONTAGNE	<input type="checkbox"/> BORDS DE MER
DESTINATION			
PAYS :		VILLE :	
ADRESSE DU LIEU D'HEBERGEMENT :			
.....			
TELEPHONE (<i>Facultatif</i>) :			
HEBERGEMENT SOUHAITE :			
<input type="checkbox"/> PETIT DEJEUNER SEUL	<input type="checkbox"/> DEMI-PENSION	<input type="checkbox"/> PENSION COMPLETE	
EQUIPEMENT SOUHAITE			
<input type="checkbox"/> PISCINE	<input type="checkbox"/> SPA	<input type="checkbox"/> AUTRE (<i>Préciser</i>)	



AADSP VOYAGES

VOS BESOINS SPECIFIQUES

PATHOLOGIE

NATURE DU HANDICAP (*Nom et description en quelques mots*) :

VOUS VOUS DEPLACEZ :

A L'INTERIEUR

SEUL(E)

AVEC L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

A L'EXTERIEUR

SEUL(E)

AVEC L'AIDE D'UNE TIERCE PERSONNE

POUR VOUS DEPLACEZ VOUS AVEZ BESOIN DE (*Plusieurs choix possibles*) :

UN FAUTEUIL ROULANT :

MANUEL (*Marque et modèle*) :

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

ELECTRIQUE (*Marque et modèle*) :

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

VOUS LE CONDUISEZ :

AVEC LA MAIN

AU MENTON

AU PIED

JE NE PEUX PAS CONDUIRE

EST-IL EQUIPE D'UN JOYSTICK SUPPLEMENTAIRE POUR TIERCE-PERSONNE ?

OUI

NON

UN DEAMBULATEUR (*Marque et modèle*) :

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

UNE PAIRE DE BEQUILLES

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

AUTRE (*Préciser*) :

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

AUCUNE AIDE

A L'INTERIEUR

A L'EXTERIEUR

INTERIEUR ET EXTERIEUR

ETES-VOUS APPAREILLE(E) ?

OUI

NON

SI OUI, QUEL TYPE D'APPAREILLAGE ? :

POUVEZ-VOUS VOUS APPAREILLER SEUL(E) ? OUI NON, J'AI BESOIN DE L'AIDE D'UN TIERS

AUTONOMIE ET DEPENDANCE



AADSP VOYAGES

STATION DEBOUT :

- SEUL(E)
 AVEC DE L'AIDE
 IMPOSSIBLE

VOUS FAITES VOS TRANSFERTS

- SEUL(E)
 BESOIN EN AIDE HUMAINE PARTIELLE
 BESOIN EN AIDE HUMAINE TOTALE

POUR VOUS AIDER DANS VOS TRANSFERTS VOUS AVEZ BESOIN DE :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> UNE POTENCE/PERROQUET
<i>(Précisions supplémentaires) :</i>
.....
..... | <input type="checkbox"/> UN SOULEVE MALADE /
VERTICALISATEUR
<i>(Marque et modèle) :</i>
.....
..... | <input type="checkbox"/> AUTRE <i>(Préciser) ;</i>
.....
..... |
|---|--|--|

VOUS VOUS HABILLEZ/DESHABILLEZ :

- SEUL(E)
 BESOIN EN AIDE HUMAINE PARTIELLE
 BESOIN EN AIDE HUMAINE TOTALE

VOUS FAITES VOTRE TOILETTE

- SEUL(E)
 BESOIN EN AIDE HUMAINE PARTIELLE
 BESOIN EN AIDE HUMAINE TOTALE

POUR VOTRE TOILETTE QUOTIDIENNE VOUS AVEZ L'HABITUDE DE :

- PRENDRE UNE DOUCHE
 VOUS LAVEZ AU LAVABO
 VOUS LAVEZ AU LIT

HABITUELLEMENT QUAND VOUS PRENEZ UNE DOUCHE VOUS LA PRENEZ DANS :

<input type="checkbox"/> UNE BAIGNOIRE	<input type="checkbox"/> DOUCHE AVEC BAC	<input type="checkbox"/> DOUCHE A L'ITALIENNE
<input type="checkbox"/> AVEC UN SIEGE ADAPTE <input type="checkbox"/> FIXE <i>(Marque et modèle) :</i> <input type="checkbox"/> Electrique <i>(Marque/modèle) :</i>	<input type="checkbox"/> AVEC UN SIEGE ADAPTE <input type="checkbox"/> CHAISE GARDE ROBE <input type="checkbox"/> AVEC APPUI-TETE <input type="checkbox"/> SIEGE STRAPENTIN <input type="checkbox"/> AVEC ACCOUDOIRS <input type="checkbox"/> AVEC APPUI-TETE <input type="checkbox"/> PLANCHE DE TRANSFERT <input type="checkbox"/> AUTRE <i>(Préciser) :</i> <input type="checkbox"/> PAS D'AIDE TECHNIQUE	<input type="checkbox"/> AVEC UN SIEGE ADAPTE <input type="checkbox"/> CHAISE GARDE ROBE <input type="checkbox"/> AVEC APPUI-TETE <input type="checkbox"/> SIEGE STRAPENTIN <input type="checkbox"/> AVEC APPUI-TETE <input type="checkbox"/> PLANCHE DE TRANSFERT <input type="checkbox"/> AUTRE <i>(Préciser) :</i> <input type="checkbox"/> PAS D'AIDE TECHNIQUE

POUVEZ-VOUS VOUS ALIMENTER SEUL(E) ?



AADSP VOYAGES

SANS AIDE
 AVEC AIDE TECHNIQUE
(Préciser laquelle) :

AVEC AIDE HUMAINE
 AVEC AIDE HUMAINE ET TECHNIQUE

AVEZ-VOUS UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? OUI NON

SI OUI LEQUEL ? *(Soyez le plus précis possible) :*

PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT ? OUI NON

SI OUI FOURNIR L'ORDONNANCE

VOTRE NUIT

SUR QUEL TYPE DE LIT DORMEZ-VOUS ?

- LIT STANDARD
- SUR UN MATELAS STANDARD
- SUR UN MATELAS ANTI-ESCARRES DE TYPE :
- LIT MEDICALISE
- SUR UN MATELAS STANDARD
- SUR UN MATELAS ANTI-ESCARRES DE TYPE :

AVEZ-VOUS BESOIN QU'ON VOUS ASSISTE PENDANT LA NUIT ? OUI NON

SI OUI, A QUELLE FREQUENCE *(Nombre d'interventions)* ? FOIS PAR NUIT POUR :

HYGIENE ET ELIMINATION

AVEZ-VOUS DES TROUBLES DE L'INCONTINENCE ? OUI NON

SI OUI CETTE INCONTINENCE EST : URINAIRE FECALE LES 2

PORTEZ-VOUS DES CHANGES-COMPLETS ? OUI NON

SI OUI A QUELLE FREQUENCE VOUS CHANGEZ-VOUS ? FOIS PAR JOUR ETFOIS PAR NUIT

FAUT-IL VOUS ASSISTEZ POUR VOUS CHANGEZ ? OUI, AIDE PARTIELLE OU TOTALE NON



AADSP VOYAGES

PORTEZ-VOUS UNE POCHE A URINE ? OUI, + UN ETUI PENIEN OUI, +UNE SONDE NON

ETES-VOUS STOMISE(E) ? OUI NON

VOUS SONDEZ-VOUS ? OUI NON

SI OUI, A QUELLE FREQUENCE ? FOIS PAR JOUR ETFOIS PAR NUIT

AVEZ-VOUS BESOIN D'AIDE POUR ALLER AUX TOILETTES OUI NON

HORMIS L'AIDE HUMAINE, POUR ALLER AUX TOILETTES IL VOUS FAUT (*Plusieurs choix possibles*) :

UN URINAL

UNE CHAISE
PERCEE

UN SIEGE
REHAUSSEUR

UNE PLANCHE
DE TRANSFERT

UN LEVE
MALADE

SANTE

AVEZ-VOUS BESOIN DE SOINS INFIRMIERS ? OUI NON

SI OUI A QUELLE FREQUENCE ?

..... FOIS PAR JOUR

UNE FOIS PAR JOUR

..... FOIS PAR SEMAINE

PRECISER LA NATURE DES SOINS (*Fournir ordonnance*) :

.....
.....
.....
.....
.....

FAITES-VOUS DE LA REEDUCATION ? OUI NON

SI OUI A QUELLE FREQUENCE ? UNE SEANCE PAR JOUR SEANCES PAR SEMAINE



AADSP VOYAGES

NOS PRESTATIONS

POUR LES SEJOURS EN FRANCE

POUR LES SEJOURS EN FRANCE	



AADSP VOYAGES

VOS REMARQUES ET SUGGESTIONS

COMMENT POURRAIT-ON VOUS RENDRE CE SEJOUR PLUS AGREABLE ?

A large rectangular area containing 28 horizontal dotted lines for writing feedback.