

Photo d'identité
(A envoyer par mail
simultanément à l'envoi de
la fiche) format photo
indifférent..
Nous ferons le montage !
Merci de nommer votre
fichier photo.

Les renseignements demandés sont nécessaires à la bonne prise en charge de votre dossier par le pôle médical du raid. Ce dossier ne sera visible que par notre pôle médical.

Complétez la fiche en ligne, puis téléchargez la, et envoyez la, **accompagnée d'une photo portrait ET d'une photo en pied (ou en fauteuil) par mail aux médecins du raid, seuls habilités à consulter le dossier :**

josette.marc@gmail.com et bpons1006@orange.fr

1ère demande J'ai déjà fait le raid Quelle année :

Nom et prénom

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Adresse : (+ la commune et code postal)

Téléphones Domicile : Portable :

Mail

Situation familiale : Marié (e) / en couple Célibataire

Vos motivations en quelques mots :

Personne à prévenir en cas d'accident (Nom et téléphone) :

Tutelle ou curatelle (Identité et coordonnées)

Centre d'hébergement (nom et coordonnées)

Interlocuteur privilégié du centre d'hébergement (identité et coordonnées)

PS : N'oubliez pas de joindre une photo en pied (intégrale) ou en fauteuil suivant le cas !

Nom et prénom**DEFICIT OU HANDICAP ACTUEL**

Moteur :

Sensoriel :

Cognitif :

FACTEURS DE RISQUESTroubles de la conscience : Oui NonTroubles du comportement : Oui NonTroubles cognitifs : Oui NonTroubles respiratoires : Oui NonInfections : Oui NonTroubles de la déglutition : Oui NonConsignes ou précautions particulières :**SOINS EN COURS**Pansement et soin d'escarres : Oui NonSoins de stomie : Oui NonIncontinence urinaire : Oui NonSonde urinaire à demeure : Oui NonEtui pénien : Oui nonAuto-sondages : Oui NonProtections : Oui NonSi oui : Jour Nuit Jour et nuit**PS : N'oubliez pas de joindre une photo en pied (intégrale) ou en fauteuil suivant le cas !**

Nom et prénom

QUESTIONNAIRE MEDICAL

N° sécurité sociale :

Nom du médecin traitant :

Téléphone du médecin :

Mail du médecin :

Fumeur : Oui

Non

Poids :

Antécédents (maladie,
Traumatisme, ...)

Médicaments / traitement	Matin	Midi	Soir	Coucher
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date dernière vaccination antitétanique :

PS : N'oubliez pas de joindre une photo en pied (intégrale) ou en fauteuil suivant le cas !

FICHE TRANSFERTS**Nom et prénom :****Accompagnant (te)** *(réservé à HRSP)***Bateau** *(réservé à HRSP)***DEPENDANCE FONCTIONNELLE**

Etes vous capable de

Vous alimenter : Seul Aide partielle Aide totale*Si régime, précisez*
Faire votre toilette Seul Aide partielle Aide totale*Vous lever* Seul Aide partielle Aide totale*Vous déplacer* Seul Aide partielle Aide totale*Avec cannes* Oui Non*Avec déambulateur* Oui Non*Avec fauteuil roulant* Oui Non*Si oui* Manuel Electrique*Vision :* Normale Diminuée appareillée*Audition :* Normale Diminuée Appareillée*Communication :* Normale Diminuée

Photo en pied ou en fauteuil

Pour connaître votre moyen de déplacement

(A envoyer par mail simultanément à l'envoi de la fiche) format photo indiférent..
Nous ferons le montage !
Merci de nommer votre fichier photo.

MEMBRE FRAGILE*Risque de luxation* Oui Non OÙ : *Douleurs à la mobilisation* Oui Non OÙ : **Si vous avez un harnais ou une sangle personnelle, merci de l'amener au raid !****PS : N'oubliez pas de joindre une photo en pied (intégrale) ou en fauteuil suivant le cas !**

SOINS DE KINESITHERAPIE

A remplir le plus précisément possible.

(demandez éventuellement l'aide de votre kiné habituel)

Nom et prénom :

Pathologie :

Troubles associés :

Appareillage :

Prothèse :

Fréquence

Type de séance :

Kiné respiratoire : Oui Non

Massage (zone) :

Mobilisation articulaire :

Autre (à préciser) :

Transferts :

Seul

Aide partielle - avec / sans appui sur les jambes

Aide partielle - Transfert avec les bras Oui Non

Aide totale (préciser) :

SI BESOIN :

Nom et prénom du représentant légal :

Téléphone du représentant légal :

Personne à prévenir en cas
d'accident

□

PS : N'oubliez pas de joindre une photo en pied (intégrale) ou en fauteuil suivant le cas !