

Camp Papillon 2018

OBLIGATOIRE POUR ÊTRE ADMIS À UN SÉJOUR AU CAMP

Évaluation médicale de :

No. d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Date de naissance :

Possédez-vous une assurance médicament ?

Privé RAMQ Autre : _____

Cette page doit être complétée par la personne responsable du campeur.

Norm du/des maladies ou handicaps ?

Poids : _____ livres Taille : _____

Date du dernier vaccin D2T5 ou Adacel (Antitétanique) ? _____

Date du vaccin Hépatite B ? _____

Depuis quand ? _____

Antécédents chirurgicaux :

Y a-t-il un risque particulier de déshydratation, coup de chaleur ou infection quelconque ? _____

Liste de médicaments (doses et posologies) :

ALLERGIES : Spécifiez l'allergie, décrire la réaction et l'intensité et indiquez si le campeur utilise un EPIPEN.

MÉDICAMENTS (lesquels ?)

ALIMENTS (lesquels ?)

PIQÛRES D'INSECTES (lesquelles ?)

AUTRE ALLERGIE ?

L'utilisation de contentions est-elle nécessaire ? (Si oui, n'oubliez pas de compléter le formulaire précisant leurs utilisations)

Le campeur peut-il recevoir les médicaments suivants disponibles au besoin au Camp et administrés après évaluation d'une infirmière ?

Autorisé Interdit

Anti-émétique (Gravol)

Antihistaminique (Benadryl, Claritin, Réactine)

Anti-inflammatoire (Advil)

Antipyrétique (Tylenol)

Laxatifs (Colace, Senokot ou Fleet)

Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc)

Relaxant musculaire en crème (Universal Gel)

Autres médicaments permis : _____

Médicaments interdits : _____

Y a-t-il eu consultation médicale pour des motifs graves dans les deux dernières années ?

LE CAMPEUR A-T-IL DÉJÀ EU ? (Cochez si oui)

Rougeole

Orlite

Diabète

Varicelle

Rubéole

Oreillons

Scarlatine

Épilepsie contrôlée

Épilepsie non contrôlée

La condition générale du campeur est-elle stable ?
oui non

Autres commentaires importants :

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE QUE LES INFORMATIONS CI-DESSUS SONT EXACTES

Signature du responsable : _____

Date : _____

Nom du médecin traitant : _____

Adresse, ville, code postal et numéro de téléphone : _____

Veuillez prendre note que des infirmières seront présentes sur le site pendant tout le séjour du campeur.

Vérfifié par la responsable des soins infirmiers.

Initiales : _____ date : _____

1