



Conseil du Québec Council
Réserve scoute Tamaracouta Scout Reserve

FORMULAIRE DE SANTÉ

Veillez noter :

- Ce formulaire **DOIT** être rempli pour toute personne (jeune ou adulte) venant au camp (campeur, membre du personnel, bénévole).
- **Les renseignements sur ce formulaire sont confidentiels et seront connus uniquement des personnes qui ont besoin de ces renseignements pour apporter les soins appropriés durant le séjour au camp de la personne concernée. Le formulaire est conservé au poste de soins infirmiers.**
- Si la personne doit être transportée vers une clinique ou à un hôpital, ce formulaire sera envoyé avec la personne.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Nom du groupe scout/louveteau/autre qui participe au camp : _____

Nom du campeur/membre du personnel :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jour/mois/an) : _____ Âge durant le séjour au camp: ___ Homme ___ Femme ___

Adresse à la maison : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pour jeune seulement :

Vit avec : les deux parents ___ en garde partagée ___ avec un parent : mère ___ père ___ ou tuteur ___

Mère : _____

Père : _____

Tuteur : _____ (Préciser le lien de relation) _____

Téléphones : numéro où l'on peut vous joindre durant la ou les périodes de camping.

Domicile _____ Travail du parent _____ Cell. du parent _____

Pour tous les campeurs, membres du personnel et bénévoles :

Personnes à contacter en cas d'urgence : (**Campeurs/bénévoles à l'international - veuillez fournir les coordonnées d'une personne au Canada)

Nom : _____ Nom : _____

Lien avec le campeur : _____ Lien avec le campeur : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone domicile : _____

Téléphone au travail/cellulaire _____ Téléphone au travail/cellulaire _____

Nom du médecin et numéro de téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - ADMINISTRATION

Assurance maladie provinciale : Québec (RAMQ) : ___ Ontario : ___ Autre province (nom) : ___ Aucune : ___

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Assurance santé additionnelle (employeur ou privée - p. ex. Croix bleue) : non ___ oui ___

N° contrat _____ Nom de la compagnie: _____ N° groupe _____

N° téléphone (de la compagnie) : _____

Jeune ou adulte à l'international. Vous **DEVEZ** avoir une assurance-maladie voyage.

Nom de la compagnie de l'assurance santé voyage : _____ N° de groupe _____

N° de certificat _____ Autres renseignements: _____

Numéro de téléphone (personne à contacter durant le séjour au Canada): Canada): _____

Qui peut se charger du jeune/de l'adulte s'il doit retourner à la maison ou se rendre dans une clinique médicale? _____

N.B. Si l'état de santé justifie le transport en ambulance : les frais d'ambulance seront chargés à la personne (famille). L'assurance additionnelle couvre généralement ces frais (vérifier votre police d'assurance) L'assurance maladie provinciale ne couvre pas ces frais. **Votre signature** confirme que vous êtes au courant que vous devrez payer les frais _____

Nom du campeur/membre du personnel - Nom de famille :

Prénom :

- 1. ALLERGIES :** Non ___ Oui ___ **Si « Oui » vous devez remplir le Formulaire relié aux allergies.**
- 2. Régime particulier** (médical, culturel, etc.) : Non ___ Oui ___ Si « Oui » vous devez remplir le **Formulaire pour les besoins alimentaires.**
- 3. MÉDICAMENTS :** la personne prend des médicaments d'ordonnance ou en vente libre régulièrement : Non ___ Oui ___ Si « Oui » vous devez remplir le **Formulaire de consentement pour l'administration de médicaments.**
- 4. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE :** Pour que le personnel infirmier puisse administrer occasionnellement des médicaments en vente libre (p. ex. : *Tylenol* pour un mal de tête) à un jeune, **les parents doivent remplir et signer ce formulaire.**

Renseignements sur la vaccination :

Tous les vaccins (selon le programme provincial) sont à jour : Oui ___ Non ___ (expliquer) _____
 La personne n'a jamais reçu de vaccin (expliquer). _____

Vaccin contre le tétanos : Date (année) du dernier rappel _____ (voir dTca [diphtérie, coqueluche, tétanos] ou noms de marques : Adacel, Quadracel, Pentacel dans le carnet de vaccination). Note pour les adultes : le rappel DT (diphtérie et tétanos) doit être fait tous les 10 ans, communiquer avec votre médecin de famille/CLSC/Service de santé public).

RRO (rougeole, rubéole, oreillons) : Date de la première dose _____ 2^e dose _____

Varicelle : A déjà eu la maladie : Oui ___ Non ___ A été vacciné (Vaccin/Varivax) Oui ___ Non ___

Pour nous aider à répondre aux besoins de votre jeune ou pour vous aider comme membre du personnel/animateur/bénévole, faites-nous part de tout enjeu social, comportemental ou relié à votre santé. Nous avons dressé une liste pour vous aider. Plus nous détenons d'information, plus il nous sera facile de faire de ce camp d'été une expérience heureuse et positive. Nous pouvons mieux réagir à ces enjeux si nous les connaissons.

État de santé : (cocher la case appropriée pour chaque situation)

	Jamais	Rarement	Fréquemment		Jamais	Rarement	Fréquemment
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal des transports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crampes menstruelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement de nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de sinus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections aux oreilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite des piscines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises de croissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Éruptions cutanées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besoin d'aller à la toilette la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de sous-vêtements « pull ups ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélancolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Port de lunettes/lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nostalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crampes d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cauchemars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambulisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peur de l'eau (lacs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un appareil orthodontique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres (décrire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Détails, autres renseignements concernant l'une de ces situations (utiliser une autre feuille si vous avez besoin de plus d'espace).

Asthme : Envoyer un aérosol-doseur/inhalateur, même s'il est rarement utilisé. La chaleur et l'activité physique peuvent provoquer une augmentation de l'asthme. Nous sommes à 30 minutes de l'hôpital. Plusieurs personnes qui n'utilisaient généralement pas d'aérosol-doseur/inhalateur, on du l'utiliser au camp.

Utilisation de sous-vêtements « pull ups » durant la nuit : La personne a-t-elle apporté les sous-vêtements dont elle a besoin? Oui ___ Non ___

Jeune fille : A-t-elle commencé ses menstruations? Oui ___ Non ___ A-elle apporté ce dont elle a besoin? Oui ___ Non ___

Conditions médicales :

Vérifier si le campeur/membre du personnel/bénévole souffre de :

- | | | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Épilepsie (attaques) | <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite B |
| <input type="checkbox"/> V.I.H./SIDA | <input type="checkbox"/> Hépatite C | <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention |
| <input type="checkbox"/> Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Problème cardiaque | <input type="checkbox"/> Trouble hémostatique |
| <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Haute pression | <input type="checkbox"/> Autre (dresser la liste) : |

Renseignements additionnels reliés aux problèmes énumérés : (utiliser une autre feuille si vous avez besoin de plus d'espace)

Y A-t-il des restrictions limitant la participation à certaines activités du camp? _____

Interventions chirurgicales, maladies récentes ou admission à l'hôpital dans les dernières années : _____

Est-ce que l'adulte/le jeune arrête de prendre des médicaments durant l'été? Non ___ Oui ___

Détails _____

Signature : _____ Nom : _____ Date : _____