



Dossier médical

L'importance du dossier médical

Il est important de comprendre que le dossier médical est le principal outil que nous utilisons sur le camp lors d'une situation médicale concernant un campeur. Les éléments qui se retrouvent dans le dossier médical doivent être remplis avec attention afin de ne rien oublier et de permettre au personnel médical du camp d'avoir tous les éléments nécessaires afin de bien effectuer leur travail.

Description de l'expédition :

Dans le cadre de son camp, le participant vivra une expédition de randonnée en région éloignée d'une durée de 20 jours consécutifs. Les jeunes dorment tout le long de leur expédition en tente, ils sont donc constamment exposés aux éléments. Lors de l'expédition, le participant devra marcher en moyenne 8 heures par jour avec son sac à dos. Les charges à transporter peuvent atteindre jusqu'à 40 lbs. De plus, la majorité de la randonnée s'effectue sur un terrain accidenté. La répétition des mouvements et les longs efforts soutenus peuvent faire surgir d'anciennes blessures. Une bonne forme physique est donc essentielle.

Le/la participant(e) fera partie d'un groupe de 8 jeunes, accompagnés de 2 moniteur(-trice)s formés en secourisme en région éloignée et possédant de solide connaissance en randonnée. Les repas sont préparés par le groupe selon un menu prédéterminé et dont les ingrédients sont préparés et fournis par le camp. Les menus sont révisés par une nutritionniste spécialisée en plein air pour s'assurer que l'apport nutritionnel soit suffisant. Les expéditions sont situées en région éloignée, les évacuations peuvent prendre jusqu'à une dizaine d'heures dépendamment de la gravité de la blessure. Certaines portions des expéditions sont également uniquement évacuables par hélicoptère. Il est donc primordial que la santé du/de la campeur/campeuse soit optimale.

Ce formulaire doit être rempli par un médecin

Si vous avez des questions concernant le dossier médical, n'hésitez pas à communiquer avec l'équipe des expéditions par courriel : jlegault@campsoydssee.com.

Une fois le dossier médical complété, vous devrez le déposer dans Amilia, dans le dossier de votre enfant section du formulaire de l'organisation Camps Odyssée / Questions supplémentaires / Dépôt du formulaire médical rempli .

J'ai bien pris connaissance des risques liés à l'expédition et je suis conscient de l'importance du dossier médical.

Nom de l'enfant :

INITIALES :

| Parent | Campeur/Campeuse | Médecin |
|--------|------------------|---------|
| | | |
| Date : | Date : | Date : |

Nom de l'enfant :

DOSSIER MÉDICAL

CAMPEURS RANDONNEURS ET CAMPEUSES RANDONNEUSES - APPALACHES

SECTION À REMPLIR AVEC LA FAMILLE

| | |
|---|------------------------|
| Prénom : | Nom : |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone maison : | Téléphone cellulaire : |
| Numéro d'assurance maladie : | Expiration : |
| Date du séjour auquel participera mon enfant: | |

Veillez vous assurer que les répondants d'urgence sélectionnés seront au Québec durant le séjour de votre enfant.

Répondant #1 en cas d'urgence

| | |
|----------------------|------------------------|
| Prénom : | Nom : |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone maison : | Téléphone cellulaire : |
| Lien avec l'enfant : | |

Répondant #2 en cas d'urgence

| | |
|----------------------|------------------------|
| Prénom : | Nom : |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone maison : | Téléphone cellulaire : |
| Lien avec l'enfant : | |

AUTORISATION DE LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous autorisons tout professionnel de la santé, tout établissement public ou privé, de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec ou tout autre organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux relatifs à la santé du participant, à nous fournir des renseignements médicaux ou relatifs à la santé du participant, nous permettant d'évaluer la faisabilité, pour celui-ci, de participer à l'expédition et de planifier celle-ci de la façon la plus sécuritaire possible, en tenant compte de l'état de santé du participant. Je m'engage également à avertir, le plus rapidement possible, un responsable du camp advenant un changement de l'état de santé de mon enfant (blessure, commotion, infection, tendinite, etc.).

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Signature du parent

Ville

Date

Nom de l'enfant :

SECTION À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

N.B. : il incombe au patient d'assumer les frais engagés pour remplir le présent formulaire.

Je connais : _____ depuis : _____

Antécédents médicaux

| Problèmes de santé : | Date du diagnostique | État stable/contrôlé : | | |
|---|----------------------|--|---|-----------------------------------|
| Asthme | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En traitement | <input type="checkbox"/> Instable |
| Asthme | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | |
| Épilepsie Spécifiez date dernière crise : | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | |
| Hypothyroïdie | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | |
| Migraine/névrалgie | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | |
| TDA/H | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | |
| TAG (trouble anxieux généralisé) Si hospitalisation (date) : | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | <input type="checkbox"/> Instable |
| Trouble dépressif Si hospitalisation (date) : | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> En début de traitement | <input type="checkbox"/> Instable |
| Trouble alimentaire (spécifiez lequel) Si hospitalisation (date) : | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> Partiellement stable | <input type="checkbox"/> Instable |
| Fracture cheville/genou | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> Instable | |
| Entorse cheville/genou | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> Instable | |
| Luxation/chx épaule D ou G Si hospitalisation (date) : | | <input type="checkbox"/> État stable | <input type="checkbox"/> Instable | |
| Ongle incarné | | <input type="checkbox"/> Guérison complète | <input type="checkbox"/> Instable | |

Le patient a-t-il ou la patiente a-t-elle, lors des trois dernières années, présenté un autre problème ayant nécessité :

Précisez la raison :

| | |
|--|--|
| Hospitalisation | |
| Réévaluation de la médication | |
| Chirurgie (ex : dents de sagesse) | |
| Évaluation et traitement physiothérapie / chiropractie/ ostéopathie / kinésiologie | |
| Évaluation et/ou traitement psychologie/psychiatrie | |

Nom de l'enfant :

Médication régulière

| Nom du RX | Dosage |
|-----------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Allergies à des médicaments

| Précisez lesquels | Type de réaction |
|-------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Allergies à des aliments

| Précisez lesquels | Type de réaction |
|-------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Autres allergies

| Précisez lesquels | Type de réaction |
|-------------------|------------------|
| | |
| | |
| | |

Vaccin

| | |
|--|--|
| Date de la dernière dose contre le tétanos | |
|--|--|

Autres éléments relatifs à la santé du participant, de la participante

À COMPLÉTER AVEC UN MÉDECIN

Nom de l'enfant :

Nom du médecin de famille ou traitant de l'enfant

| | | |
|---------------|---------------------|---------------|
| Prénom : | Nom : | |
| No pratique : | Champ de pratique : | |
| Adresse : | | |
| Ville : | | Code postal : |
| Téléphone : | Télécopieur : | |

En tant que médecin je considère que peut prendre part à l'expédition* : oui non

**Les Camps Odyssée se réservent le droit de refuser un campeur ou une campeuse s'il juge que la condition médicale de celui-ci/celle-ci est problématique ou risquée en contexte de région éloignée.*

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Signature du médecin

Ville

Date

SIGNATURE DU PARENT

Je , autorise les Camps Odyssée à communiquer avec le médecin ci-haut mentionné pour obtenir des informations supplémentaires, si nécessaire.

Je comprends également qu'il est probable qu'un membre de l'équipe des soins de santé du camp Minogami prenne contact avec moi pour obtenir des informations supplémentaires s'il le juge nécessaire.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Signature du parent

Ville

Date

IMPORTANT - Si des informations sur la santé ou la condition du/de la participant(e) n'ont pas été inscrites dans le profil de l'enfant sur Amilia ou sur ce formulaire et que nous devons évacuer l'enfant pour une de ces raisons (ex. : blessures antérieures, problématiques de santé, etc.) les frais de l'évacuation seront à la charge du parent.