



## 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 ou une campeuse. 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 ou la participante vivra une expédition de cyclotourisme en contexte majoritairement périurbain d'une durée de 21 jours. Les jeunes dorment tout le long de leur expédition dans une tente, ils sont donc constamment exposés aux éléments. Lors de l'expédition, le participant ou la participante devra pédaler en moyenne 42 kilomètres par jour. Bien que le matériel soit transporté par un véhicule escorte, la répétition des mouvements et les longs efforts soutenus peuvent faire surgir d'anciennes blessures. Une bonne forme physique est donc essentielle pour prendre part à cette aventure.

Le/la participant(e) fera partie d'un groupe de 10 à 12 jeunes, accompagné de 2 moniteur(-trice)s formés en secourisme en région éloignée et possédant de solides connaissances en expédition. Les repas sont préparés par le groupe selon un menu qu'ils choisiront en fonction du budget alloué par le camp. Le but de cet exercice est de faire vivre toutes les facettes du cyclotourisme aux participant(e)s. L'expédition est située en milieu périurbain, les évacuations peuvent prendre jusqu'à 4 heures dépendamment de la gravité de la blessure. Certaines portions de l'expédition seront plus proches des villes le temps d'intervention pourrait donc être grandement réduit en fonction d'où se trouve le groupe sur le parcours.

**Les campeurs et campeuses du cyclo n'ont pas à faire remplir le dossier médical par un médecin en raison de la distance d'éloignement qui est moindre. Le formulaire doit seulement être rempli par un parent au meilleur de ses connaissances.**

Si vous avez des questions concernant le dossier médical, n'hésitez pas à communiquer avec Jade Legault par courriel : [jlegault@camps-odyssee.com](mailto:jlegault@camps-odyssee.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 Odyssee / Questions supplémentaires / Dépôt du formulaire médical rempli.

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

Nom de l'enfant :

### INITIALES :

Parent	Campeur/Campeuse
Date :	Date :

Nom de l'enfant :
-------------------

**DOSSIER MÉDICAL**

CAMPEURS ET CAMPEUSES CYCLO

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 :	

*Veillez noter que si des informations sur la santé ou la condition du participant ou de la participante n'ont pas été inscrites dans le profil de l'enfant sur Amilia ou sur ce formulaire et que nous devons évacuer le participant de son expédition pour une de ces raisons (ex. : blessures antérieures, problématiques de santé physique ou mentale, etc.) les frais de l'évacuation seront à la charge du parent.*

*Je (nom du parent) \_\_\_\_\_, comprends que je serai facturé pour des frais d'évacuation par les Camps Odysée si j'ai omis de mentionner des éléments concernant la condition médicale de mon enfant et que ce dernier est évacué en raison de ce problème spécifique.*

Signature du parent	Ville	Date

Nom de l'enfant :

**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/névralgie		<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 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 :

Je confirme avoir mis à jour les informations du profil de l'enfant dans Mon Odysée, sans avoir négligé aucune information, et ce pour la sécurité de mon enfant.

<input type="checkbox"/>	Information sur de la médication régulière
<input type="checkbox"/>	Allergies à des médicaments
<input type="checkbox"/>	Allergies à des aliments
<input type="checkbox"/>	Autres allergies
<input type="checkbox"/>	Vaccins
<input type="checkbox"/>	Autres éléments relatifs à la santé du participant, de la participante

**Nom du médecin de famille ou traitant de l'enfant**

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

*Je (nom du parent) , autorise les Camps Odysée à communiquer avec le médecin ci-haut mentionné pour obtenir des informations supplémentaires, si nécessaire.*

*En tant que parent je considère que mon enfant peut prendre part à l'expédition\* :  Oui  Non*

*\*Les Camps Odysée 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.*

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

--	--	--

Signature du parent

Ville

Date