A REMPLIR SI VOTRE VACANCIER/E EST DIABETIQUE

529 RUE DE ‘EMPIRE
60600 AGNETZ
03 44 50 68 31

Objet: **VACANCIER/E DIABETIQUE**

Madame, Monsieur

Cette fiche de renseignement est primordiale pour permettre à l’équipe de connaître au mieux les risques encourus.

Merci de bien vouloir nous faire un rapport complet concernant son diabète:

- Diabète type 1, type 2
- Insulino Dépendant ou non
- Régime à suivre, menus
- Traitement
- Fréquence Intervention d’un(e) infirmier(e)

Ce rapport est primordial et obligatoire pour permettre à l’équipe de connaître la procédure de santé.

Vous en souhaitant bonne réception, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l’expression de nos sentiments les meilleurs.

Le directeur
LAMAND Laurent

529 RUE DE L'EMPIRE
60600 AGNETZ
03 44 50 68 31

Fiche Renseignement DIABETE

VACANCIER NOM : ……..Prénom : ……..

Séjour : ……

Coordonnées de la personne signataire de ce document :

NOM et Prénom : ……Fonction : ……

DIABÈTE Type 1 ☐ Type 2 ☐

INSULINO DÉPENDANT Oui ☐ Non ☐

RÉGIME/MENU SPÉCIFIQUE Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez joindre une copie à ce document

Traitement spécifique Oui ☐ Non ☐

…… Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Coucher ☐

…… Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Coucher ☐

…… Matin ☐ Midi ☐ Soir ☐ Coucher ☐

DEXTRO ……. Fois par jour

……. Fois par semaine

FRÉQUENCE D'INTERVENTION D'UN/E INFIRMIER/IÈRE……. Fois par jour

……. Fois par semaine

Le vacancier est autonome dans les mesures de glycémie capillaire (dextro) a dextro et l'injection et de l'insuline
☐OUI ☐NON

Je soussigné Mme/Mr ……., représentant légal tuteur/curateur/parent, de Mme/Mr ……,

Certifie qu'il/elle est parfaitement autonome et est à même de gérer le contrôle de son diabète, mesures de glycémie capillaire (dextro) et l'injection de l'insuline.
L'intervention d'une infirmière est inutile.

Le Signature

(Joindre attestation du médecin)