

Nom i cognoms del participant:

Sexe:

Edat:

Tipus de discapacitat:

Centre:

Grup:

☐ Autònom ☐ Semi-Autònom ☐ Assistit (Pluridiscapacitat)

EQUIPAMENTS I MATERIALS:

Cal que porti algun equipament o material específic?

Si ☐

No ☐

Quin caldrà que porti? (Subratlli)

Ulleres | Audiòfon | Pròtesi dental | Pitets

Casc | Cadira de rodes | Caminador | Crosses

Altres: _____

En cas d'enuresi / encopresi:

Bolquers ☐

Llençols empapadors ☐

Altres dades d'interès:

ALIMENTACIÓ:

Fa algun tipus de dieta?

Si ☐

No ☐

En el cas que segueixi alguna dieta, descrigui-la.

Sap que ha de fer-la i està conforme?

Si ☐

No ☐

Hi ha algun aliment que s'aconselli que no prengui?

Si ☐

No ☐

Quins?

Hi ha alguna beguda que s'aconsella que no prengui?

Si ☐

No ☐

Quina?

MEDICACIÓ:

Ell/a sap quins medicaments pren i la pauta?

Si ☐

No ☐

S'administra sol la medicació ?

Si ☐

No ☐

Accepta prendre-la?

Si ☐

No ☐

Observacions:

Pautes:(És important descriure acuradament en la següent taula l'horari i les quantitats de medicació (pastilles, gotes, xarop...) necessàries per a tots els dies d'estada abans de lliurar -la al responsable assignat)

MEDICAMENT	DOSI					
	Esmorzar	Mig matí	Dinar	Berenar	Sopar	Abans de dormir

Contraindicacions:

Al·lèrgies:

SALUT

Tipus de discapacitat:

Discapacitats Afegides:

Si ☐

No ☐

Quines?

Pateix crisis epilèptiques?

Si ☐

No ☐

Freqüència: _____ Amb convulsions? Si ☐ No ☐

A partir de quant temps caldria anar al metge?

Altres problemes de salut a destacar: