



2021-2023

COLLECTE DE DONNÉES ET FICHE D'INSCRIPTION

Photo récente
(les nouveaux participants
doivent
OBLIGATOIREMENT faire
parvenir une photo)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

Date de naissance : _____

Langue parlée : français anglais

SECTION RÉPONDANTS

Nom du père : _____

Nom de la mère : _____

Nom de la personne responsable légale (titre) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Bureau : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Identification de la ressource : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone à la maison : _____ Bureau : _____

Cellulaire : _____ Courriel : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

DIAGNOSTIC MÉDICAL

<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle (DI)	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> sévère
<input type="checkbox"/> Limitations	<input type="checkbox"/> visuelle <input type="checkbox"/> auditive
<input type="checkbox"/> Limitations physiques	<input type="checkbox"/> Déplacements : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Habiletés de transferts : <input type="checkbox"/> seul (e) <input type="checkbox"/> avec aide
<input type="checkbox"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	
<input type="checkbox"/> Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	
<input type="checkbox"/> Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/> Schizophrénie <input type="checkbox"/> Trouble de l'humeur : _____ <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Autres _____ _____
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	Voir page 4

Autre : _____

Nom de l'intervenante externe : _____ Téléphone : _____

Nom de la travailleuse sociale : _____ Téléphone : _____

Nom du médecin : _____ Téléphone : _____

Nom de la pharmacie : _____ Téléphone : _____

Signature de la personne responsable

Date

Il est très important de s'assurer qu'en cas d'urgence,
les personnes désignées soient disponibles aux dates prévues pour le séjour.

FICHE SANTÉ

Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Prise de glycémie capillaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Date de la dernière crise : _____	
	Description : _____ _____	
	Manifestation de la crise : _____ _____	
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Asthme ou trouble respiratoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hépatite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre, précisez		

Le participant doit-il avoir son matériel médical pour ses soins particuliers ex : pansement, etc. ?

Le participant a-t-il des allergies alimentaires et autres connues? Oui Non

Si oui, précisez : _____

NIVEAU DE SOIN (RÉANIMATION OU NON)

Advenant un problème de santé majeure (AVC ou autres), est-ce que vous autorisez les personnes certifiées à réanimer le participant à l'aide du défibrillateur avant l'arrivée des ambulanciers ?

Oui

Non **Si non, une feuille d'autorisation médicale du médecin est obligatoire**

Si l'utilisateur a des allergies et doit utiliser un ÉPIPEN,
il doit obligatoirement l'avoir en sa possession

COMPORTEMENTS

Comportement problématique	
Avant : Comment prévenir la crise comportement observé	
Pendant : Intervention	
Après : Intervention favorisée que vous faites à la maison	

Comportement problématique	
Avant : Comment prévenir la crise comportement observé	
Pendant : Intervention	
Après : Intervention favorisée que vous faites à la maison	

Comportement problématique	
Avant : Comment prévenir la crise comportement observé	
Pendant : Intervention	
Après : Intervention favorisée que vous faites à la maison	

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Sexualité (afin de connaître le niveau de surveillance)	<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Non actif
Comportement à caractère sexuel	<input type="checkbox"/> Non	
	<input type="checkbox"/> Oui, expliquez :	
Habitudes, peurs ou autres qu'il serait bon de connaître (ex. : peur du noir, peur des animaux, de l'eau, de certains bruits, vertige...)		
Événements marquants vécus dans l'année (ex. décès, maladie, hospitalisation, déménagement...)		

INTÉRÊTS

Ce que j'aime	
Ce que je n'aime pas	
Activités personnelles	
Activités libres	<input type="checkbox"/> Dessin
	<input type="checkbox"/> Casse-tête
	<input type="checkbox"/> Cartes
	<input type="checkbox"/> Jeux de société (énumérer)
	<input type="checkbox"/>

HYGIÈNE

Je me lave	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me laver
Je préfère	<input type="checkbox"/> Bain adapté	<input type="checkbox"/> Douche
Si bain adapté, veuillez choisir	<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Lève-patient
Je me brosse les dents	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit me brosse les dents <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Je prends soin de ma prothèse dentaire	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Quelqu'un doit en prendre soin <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Je porte une culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> En tout temps :	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Je porte une serviette hygiénique	<input type="checkbox"/> En tout temps	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Je porte une prothèse auditive	<input type="checkbox"/> En tout temps	<input type="checkbox"/> Le jour <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/> Jamais
Élimination	<input type="checkbox"/> Intestinale Fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Vésicale Fréquence : _____	
Je m'habille	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Quelqu'un doit m'habiller	
Autres soins ou besoins particuliers	<input type="checkbox"/> Positionnement <input type="checkbox"/> Monter les ridelles <input type="checkbox"/> Autres _____	

ALIMENTATION

Je mange...	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> En purée		
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Coupé finement		
	<input type="checkbox"/> Gavage	<input type="checkbox"/> On doit me nourrir		
Je bois...	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Verre adapté		
	<input type="checkbox"/> Avec aide	<input type="checkbox"/> Avec une paille		
Je bois ...	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Thé	<input type="checkbox"/> Tisane	<input type="checkbox"/> Jus
Restrictions / Diète				
Ce que je n'aime pas				
Intolérances alimentaires	Quel(s) aliment(s) :			
	Manifestation :			
Épaississement des liquides	<input type="checkbox"/> Oui avec quoi?	<input type="checkbox"/> Non		

SOMMEIL

Heure du lever			
Heure du coucher			
Sieste	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
Je me réveille la nuit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Parfois
	Expliquez : _____		

COMMUNICATION

Compréhension de la communication	<input type="checkbox"/> Verbale	<input type="checkbox"/> Par geste
	<input type="checkbox"/> Avec un tableau de communication	<input type="checkbox"/> Pictogrammes

MERCI DE VOTRE COLLABORATION !