



**L'Association Jeannoise
pour l'intégration sociale inc.**

Fiche inscription (Intervenant-CIUSSS)

IDENTIFICATION

DATE : _____

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M F

No. Assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Courriel de la responsable du paiement : _____

Avez-vous une aide de financement provenant d'un programme? (Ex. Soutient à la famille) OUI NON

Nom de la personne responsable du paiement : _____

IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT(E)

Nom de l'intervenant pivot :

_____ Téléphone : _____

2e PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Tel . : _____

RENSEIGNEMENT SUR L'USAGER

Son diagnostique : _____

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Age : ____ Occupation : _____ Age : ____ Occupation : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone résidence : _____

Téléphone cellulaire : _____ Téléphone cellulaire : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone travail : _____

Situation familiale : *(cochez celle appropriée)*

- Biparentale
- Monoparentale
- Famille reconstituée
- Enfant adopté
- Autre (préciser) _____

ÉVALUATION DES BESOINS EN RÉPIT

24h une fois par mois weekend et/ou fin de semaine
48h une fois par mois cochez votre besoin
24h toute les semaines
48h toute les semaines
24h 2 fois par mois
48h 2 fois par mois
Autres:

ÉVALUATION DES BESOINS EN SAV (service d'activités valorisantes de jour)

Lundi au Vendredi
Demi journée am pm
Nbre de jours par semaine (les jours seront décidés par la maison)
Quelle journée?: lundi mardi mercredi jeudi vendredi

Répit d'urgence 24h/7

Date d'arrivée Date de départ
Heure: Heure:

PROBLÉMATIQUE

Quelle est **l'incapacité** du bénéficiaire ? (cochez le plus approprié et donnez des précisions au besoin)

- Physique _____
- Intellectuelle _____
- Syndrome _____
- État _____
- Autre(s) _____

A-t-il un diagnostic médical d'établi?

Si oui, lequel : _____

A-t-il de l'épilepsie? Oui ___ Non ___

Si oui, quelle est la fréquence des crises?

- Régulièrement (plus d'une fois par semaine)
- Occasionnellement (plus d'une fois par mois)
- Rarement (plus d'une fois par 6 mois)
- Aucune crise depuis 6 mois
- Commentaires : _____

A-t-il des allergies? Oui ___ Non ___

Si oui, lesquelles : _____

A-t-il de l'agressivité? Oui ___ Non ___

Si oui, dans quelles circonstances : _____

A-t-il de la médication? Oui ___ Non ___

Si oui, FOURNIR LA FICHE DES PRESCRIPTIONS DE LA PHARMACIE

Les médicaments doivent être identifiés (nom de chaque produit, sa concentration et le nom de l'enfant) et précisez à chaque séjour. Indiquez la dose, la fréquence et les directives d'administration, s'il y a lieu. Priorisée de faire préparer la médication en dispill par le pharmacien et demander de faire imprimer la liste des prescriptions de médicaments.

A-t-il d'autres troubles de santé à signaler?

Si oui, lesquels : _____

HABILITÉS SENSORI-MOTRICES

Communication :

Langage verbal :

- S'exprime très bien
- Avec difficulté d'élocution légère
- Avec difficulté d'élocution importante
- Utilise un langage simple
- Ne s'exprime pas verbalement
- S'exprime seulement par des sons

Langage non-verbal :

- Langage gestuel
- Langage symbolique
- Langage écrit seulement
- Aucun moyen d'expression
- Autres (lequel) : _____

Compréhension :

- Comprend normalement
- Comprend avec difficulté
- Comprend un langage simple
- Ne comprend pas

Mobilité :

- Autonome
- Avec aide (précisez; canne _____, marchette _____, soutien d'un tiers _____)
- Utilise un fauteuil roulant (seul _____, avec aide _____, électrique _____)
- Autonomie lors des transferts (autonome _____, avec aide _____, dépendant _____)
- Est semi-alité
- Est alité
- Port d'orthèse et/ou prothèse Oui _____ (si oui, précisez : _____)
Non _____

Est-il familier avec l'utilisation d'un lève-personne?

Oui _____ Non _____ Sans objet _____

Vision :

- Normale
- Normale avec correcteurs
- Diminuée avec correcteurs
- Semi-voyant
- Non-voyant
- Remarque : _____

Audition :

- Normale
- Normale avec correcteurs
- Diminuée avec correcteurs
- Semi-entendant
- Non-entendant
- Remarque : _____

HYGIÈNE

Élimination : (urine et selles)

- Est autonome
- Est partiellement autonome (précisez; _____)
- Est totalement dépendant
- Est en apprentissage (précisez; _____)
- Porte une protection (le jour ____ la nuit ____)
- Utilise l'urinoir
- Utilise la bassine
- Exprime ses besoins
- Besoin de directive
- Besoin de surveillance
- Besoin d'aide pour l'essuyage
- Remarque : _____

Propreté : (bain)

- Est autonome
- Besoin d'aide pour l'embarquement
- Besoin de directives pour se laver
- Besoin d'aide pour se laver
- Utilise une chaise hydraulique
- Bain au lit seulement
- Prend habituellement son bain le matin ____, le soir ____, variable ____

Propreté : (cheveux)

- Est autonome
- Se lave avec aide
- Au bain
- À la douche
- Au lavabo
- Se coiffe seul
- Se coiffe avec aide

Brossage des dents :

- Est autonome
- Besoin d'aide pour la préparation
- Besoin d'aide pour le brossage

Rasage :

- Est autonome
- Besoin d'aide
- Sans objet

Habillage :

- Est autonome
- S'habille avec aide (précisez : boutons, lacets, préparation du linge) ou autres _____
- Est totalement dépendant
- Remarque : _____

ALIMENTATION :

Allergie(s) alimentaire(s) : Oui ___ Non ___

Si oui, lesquels :

Habitude(s) alimentaire(s) :

Pour manger

- Est autonome
- S'alimente avec aide
- Doit avoir les aliments coupés en morceaux
- Doit avoir les aliments en purée uniquement
- Doit avoir des ustensiles ou des couverts adaptés (devront être fournis)

Pour boire

- Peut boire au verre seul
- Doit boire au verre avec aide
- Peut boire au gobelet seul
- Doit boire au gobelet avec aide
- Doit boire avec une paille

Prend-t-il une collation : Oui ___ Non ___ Si oui, quand?

- Le matin
- L'avant-midi
- L'après-midi
- Le soir

Nécessite-t-il une surveillance : Oui ___ Non ___ Si oui, laquelle?

- Quantité
- Vitesse
- Étouffement
- Autres, précisez : _____

Liste des aliments préférés :

Liste des aliments détestés :

Breuvages préférés :

Remarque :

SOMMEIL :

Quelles sont les heures habituelles : du coucher _____ ou au plus tard à _____
du lever _____ ou au plus tôt à _____

Fait-il une sieste dans la journée : Oui ___ Non ___

Si oui, précisez : _____

A-t-il un rituel pour le coucher ? Oui ___ Non ___

Si oui, précisez : _____

Doit-il avoir une barre de sécurité? Oui ___ Non ___

Remarque : _____

SURVEILLANCE :

Le bénéficiaire peut-il demeurer seul dans une pièce?

Dans une chambre : Oui ___ Non ___

Dans le salon : Oui ___ Non ___

Dans la salle de bain : Oui ___ Non ___

Dans la cuisine : Oui ___ Non ___

Peut-il sortir seul dans la cour (non clôturée): Oui ___ Non ___

Peut-il circuler seul dans le quartier Oui ___ Non ___

Peut-il y avoir risque de fuguer, de se sauver: Oui ___ Non ___

Avoir tendance à toucher à tout ou fouiller : Oui ___ Non ___

À mettre des objets dans sa bouche : Oui ___ Non ___

À manger des substances non comestibles : Oui ___ Non ___

À avoir des comportements à risque en auto : Oui ___ Non ___

A-t-il conscience du danger : Oui ___ Non ___

Remarque : _____

DIVERS :

Quel est son tempérament en général?

- Sociable
- Solitaire
- Variable
- Imprévisible

Quelles sont ses occupations ou activités habituelles ou préférées :

Liste d'activités et de sorties. Veuillez cocher celles susceptibles d'intéresser votre enfant.

| | | | | |
|--|-------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| | Lecture | Bingo | Cuisine | Échecs |
| | Jasette | Dame | Faire du ménage | Télévision |
| | Billes | Plier du linge | Jeux vidéo | Cartes |
| | Se bercer | Écouter des films | Uno (carte) | Promenade dehors |
| | Écouter musique | Skipbo (carte) | Prendre du soleil | Danse |
| | Jeux de mémoire | Chant | Jeux de jardins | Jeu de stratégie |
| | Jeu de perfection | Jouer dans le sable | Faire des dessins | Jeux de blocs |
| | Écriture | Jeux de poupée | Ballon | Coloriage |
| | Jeu de poches | Peinture | Jeu de quilles | Découpage |
| | Petites autos | Bricolage | Petits personnages | Chasse au trésor |
| | Pâte à modeler | Jeux de mots | Cueillette de fleurs | Casse-tête |
| | Déguisement | Repas-restaurant | Cinéma | Magasinage |
| | | | | |

Avez-vous d'autres suggestions? Oui ___ Non ___ Si oui, précisez :

Remarque ou d'autres informations pertinentes :

Ce formulaire a été rempli par : _____

Quel est son lien avec l'enfant? _____

Signature : _____

Date : _____

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEUR

J'autorise celui-ci à participer à toutes les activités de la maison de répit, même si elles nécessitent un transport.

J'autorise le personnel en cas d'urgence, s'il ne peuvent me contacter, à prendre toutes décisions qui s'imposent pour le bien de la personne.

J'autorise la transmission de renseignements confidentiels si la situation s'avère nécessaire pour la sécurité des usagers.

Nom : _____ Signature : _____ Date: _____

Prise de photos (Optionnel)

J'autorise le personnel de la maison de répit à prendre des photos des activités auxquelles les gens utilisant le répit participent, et à les publier sur la page Facebook de l'AJIS/Maison de répit Les Amis d'Hugo.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Je refuse

PERTE OU BRIS D'OBJET

La maison de répit n'est pas responsable des pertes ou bris d'objet personnel. Cependant toutes les mesures ont été mises en place afin de prévenir ces situations. Je confirme avoir pris connaissance de cette politique.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____



**PROCÉDURES RELATIVES À LA DISTRIBUTION
OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
DANS SERVICE DE RÉPIT DÉPANNAGE
POUR PERSONNE HANDICAPÉ
DI-DP-TSA**

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

J'autorise la maison de répit Les Amis d'Hugo à donner la médication à lors de son séjour. À ma connaissance, les renseignements donnés ici sur es antécédents médicaux de la personne dont j'ai la responsabilité sont exacts. J'autorise le personnel de la maison de répit à administrer les médicaments prescrits à l'utilisateur.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Optionnel

J'autorise le personnel de la maison de répit à administrer des Tylenols au besoin.

Nom : _____ Signature : _____ Date : _____

Ces procédures ont été autorisées par le soussigné et entrent en vigueur ce jour même.