



L'Association Jeannoise  
pour l'intégration sociale inc.

## FICHE D'ADMISSION (Parents ou tuteur)

### 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. Soutien 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 :

---

---

---





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.