

Fiche d'inscription

Service du centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu

Information sur le bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Ne pas joindre directement

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Identification des parents / tuteurs / curateurs

Milieu de vie

Parents Ressource intermédiaire Ressource de type familiale

Résidence communautaire Milieu institutionnel Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Même adresse que le bénéficiaire

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Choisissez un élément.

Téléphone : _____ Choisissez un élément.

Autres renseignements

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Intervenants

Nom : _____ Prénom : _____

Organisme : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Organisme : _____ Courriel : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

Signature : _____ Date : _____

Information sur la santé du Bénéficiaire

Le bénéficiaire présente :

- Une déficience physique
- Une déficience intellectuelle
- Un Trouble du Spectre de l'Autisme
- Déficience sensorielle

Quel est le diagnostic principal du bénéficiaire? _____

Quelles caractéristiques du bénéficiaire sont reliées à cette pathologie?

Le bénéficiaire présente-t-il un ou plusieurs autres diagnostics autre que le Diabète, l'Épilepsie ou des allergies ? Oui Non

Si oui, quels sont ces diagnostics? _____

Quelles caractéristiques du bénéficiaire sont reliées à ces pathologies?

Comportements problématiques

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fugue | <input type="checkbox"/> Cri | <input type="checkbox"/> Pince |
| <input type="checkbox"/> Pleur | <input type="checkbox"/> Mord | <input type="checkbox"/> Égratigne |
| <input type="checkbox"/> Crache | <input type="checkbox"/> Hyposensible | <input type="checkbox"/> Hypersensible |
| <input type="checkbox"/> Masturbation | <input type="checkbox"/> Exhibitionnisme | <input type="checkbox"/> Vol |
| <input type="checkbox"/> Fabulation | <input type="checkbox"/> Automutilation | <input type="checkbox"/> Envahissant |
| <input type="checkbox"/> Langage inapproprié | <input type="checkbox"/> Dépendance affective | <input type="checkbox"/> Phobie |
| <input type="checkbox"/> Violence verbale | <input type="checkbox"/> Violence physique | <input type="checkbox"/> Violence envers les objets |
| <input type="checkbox"/> Tics et manies | <input type="checkbox"/> Troubles obsessionnels | <input type="checkbox"/> Opposition |

Interventions à privilégier selon le(s) comportement(s) :

Interventions à éviter selon le(s) comportements(s) :

Objectifs à travailler :

Autres informations pertinentes :

Allergies

Le bénéficiaire a-t-il des allergies ou intolérance?

Oui

Non

Si oui, veuillez remplir cette partie.

Quelles sont les allergies ou intolérances du bénéficiaire?

Quels sont les réactions allergiques du bénéficiaire?

<hr/>	<hr/>

Le bénéficiaire a-t-il besoin d'un auto-injecteur d'Épinéphrine de type Epipen ou autre?

Oui

Non

Si oui, l'a-t-il en sa possession en tout temps?

Oui

Non

Le bénéficiaire a-t-il de la médication pour ses allergies ou intolérances (ex. : Benadril, Lactaid)

Oui

Non

Commentaires :

Fiche santé du bénéficiaire

Service du centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu

Diabète

Le bénéficiaire est-il atteint de diabète? Oui Non

Si oui, veuillez remplir cette partie.

De quel type de diabète le bénéficiaire est-il atteint? _____

Le bénéficiaire est-il capable de prendre son taux de glycémie seul? Oui Non

Le bénéficiaire doit-il prendre des collations de façon régulière? Si oui, indiquez les heures de collations

Nommez les symptômes du bénéficiaire lorsqu'il souffre d'hypoglycémie.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nommez les symptômes du bénéficiaire lorsqu'il souffre d'hyperglycémie.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Commentaire :

Épilepsie

Le bénéficiaire est-il atteint d'Épilepsie?

Oui

Non

Si oui, veuillez remplir cette partie.

Quelle est la fréquence approximative des crises? _____

À quel moment de la journée ont-elles lieu généralement? _____

Quels sont les éléments déclencheurs d'une crise? _____

Y a-t-il des signes annonciateurs lors d'une crise ? Si oui, lesquels ?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Commentaires :

Fiche santé du bénéficiaire

Service du centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu

Médicaments

Le bénéficiaire prend-il des médicaments entre 09h00 et 16h00? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom du médicament	Description (Couleur, forme)	Matin	Midi	Après- midi	Au besoin

Le bénéficiaire est autonome dans la prise de ses médicaments Oui Non

Si non, spécifiez l'aide dont il a besoin pour prendre sa médication.

De quelle façon le bénéficiaire prend-il ses médicaments? _____

Le bénéficiaire a-t-il des effets secondaires à cause de sa médication? Si oui, lesquels?

Capacités du bénéficiaire

Communication

	Oui	Non
Le bénéficiaire souffre de dysphasie (difficulté à parler ou prononcer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire souffre d'aphasie (absence de parole)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire est capable de communiquer verbalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire communique par gestes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire communique avec des pictogrammes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire communique avec une tablette (ex. : The Grid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire utilise une autre façon de communiquer, si oui, préciser dans les commentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Hygiène

	Oui	Non
Le bénéficiaire va seul à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire a besoin d'une aide minimale pour aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire à une culotte ou « une pull up »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire a besoin d'utiliser l'urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire a besoin d'une aide totale pour aller à la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires

Alimentation

	Oui	Non
Le bénéficiaire s'alimente seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire à besoin d'aide pour s'alimenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire est capable d'ouvrir seul ses contenants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire a besoin d'ustensiles adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire peut couper ses aliments seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bénéficiaire possède-t-il des restriction alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Fiche santé du bénéficiaire

Service du centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu

Déplacements	Oui	Non
Marche seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervision visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circule avec marchette ou déambulateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circule en fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut sortir de son fauteuil seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peut faire ses transferts seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Habiletés fonctionnelles	Oui	Non
Mettre ses appareils/orthèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser un téléphone/tablette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires :

Vis sociale / Loisir
Occupations favorites à l'intérieur :

Occupations favorites à l'extérieur :

Interaction avec les autres lors des activités :

Signature : _____ Date : _____

Autorisations

Service du centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu

J'autorise le personnel du Centre de jour de l'Envol du Haut-Richelieu à amener la personne mentionnée ci-haut en excursion ou en sortie extérieure pour des motifs récréatifs ou médicaux.

Initiales _____

Je reconnais être informé et avoir accepté que la médication et les soins courants de la personne dont je suis responsable ne seront pas assumés par des professionnels de la santé.

Initiales _____

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'Envol du Haut-Richelieu, à faire transporter à l'hôpital la personne dont le nom figure sur ce formulaire.

Initiales _____

J'autorise la publication, diffusion, reproduction, l'archivage ou toute autre utilisation en tout temps et selon les circonstances prévues aux présentes, l'image et/ou la voix (photo, vidéo, film, enregistrement) de la personne mentionnée. L'utilisation de ces supports peut se faire aux fins d'un journal, d'un magazine, d'un site internet ou tout autre média.

Initiales _____

Par la présente, je confirme que les renseignements mentionnés dans ce document sont véridiques. Je réitère mon autorisation aux déclarations auxquelles j'ai apposé ma signature

Signature de l'intervenant

Signature de la personne responsable

Date :

Date :