

Fiche d'inscription

La maison de répit La Ressource

1. IDENTIFICATION DU PARTICIPANT

Prénom, Nom : <input type="text"/>		Genre : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance AAAA/MM/JJ : <input type="text"/>
Adresse du participant : <input type="text"/>			Code Postal : <input type="text"/>
No. Assurance maladie : <input type="text"/>	Date d'expiration : <input type="text"/>	Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="text"/>	
Diagnostic : <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> Trisomie 21	Niveau : <input type="text"/>	Autre, précisez : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Gestuel <input type="checkbox"/> Pictogramme <input type="checkbox"/> LSQ	Autres moyens de communication, précisez : <input type="text"/>		
Le participant répond à son nom : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le participant répond à des consignes simples : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Autre, précisez : <input type="text"/>	

Transport adapté	
No d'utilisateur : <input type="text"/>	Accompagné : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="text"/>

2. NOM ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE POUVANT CONSENTIR AUX SOINS

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Code Postal : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/>	
Lien avec le participant : <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

3. NOMS ET COORDONNÉES DES PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Lien: <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

Prénom, Nom : <input type="text"/>	No de téléphone : <input type="text"/>
Lien: <input type="text"/>	2° No de téléphone : <input type="text"/>

Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.

Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.

Fiche d'inscription

La maison de répit La Ressource

4. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS

Prénom, Nom : <input style="width: 95%;" type="text"/>	No de téléphone : <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> TES <input type="checkbox"/> TS Autre, précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> CRDITED <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Enseignant(e)	Autre, précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>	

Prénom, Nom : <input style="width: 95%;" type="text"/>	No de téléphone : <input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> TES <input type="checkbox"/> TS Autre, précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> CRDITED <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Enseignant(e)	Autre, précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>	

5. L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE

Diagnostic(s) ayant un impact significatif sur le répit :	
Allergies :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Crise de colère :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Anxiété :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Mordre :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Pica :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
État cognitif (problème de mémoire, d'orientation, de compréhension, etc.) :	Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Asthmatique :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Épileptique :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Difficulté(s) comportementales (crises, idées suicidaires, comportement sexuels inappropriés, etc.) :	Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>
Autre problème de santé/soins particuliers :	Précisez : <input style="width: 95%;" type="text"/>

Médication : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, joindre le profil pharmacologique.
Automédication : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez, s'il y a lieu <input style="width: 95%;" type="text"/>

Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, graffigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.

Veillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.

Fiche d'inscription

La maison de répit La Ressource

Vision	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Problème de vision	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Audition	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Surdité	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Dentition	<input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Prothèse <input type="radio"/> ��dent��	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Alimentation-hydratation (joindre un protocole si applicable)		
Intolérance :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Aversions :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Risque d'étouffement :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Diète spéciale :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Texture des aliments :	<input type="radio"/> Régulière <input type="radio"/> Autre	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Consistance des liquides :	<input type="radio"/> Régulière <input type="radio"/> Autre	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Besoin d'aide à l'alimentation/hydratation :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Aide à la mobilité		
Orthèses :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Prothèse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Transferts :	<input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Bain	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Marche :	<input type="checkbox"/> Marche à l'extérieur <input type="checkbox"/> Marche à l'intérieur	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Escaliers :	<input type="checkbox"/> Escaliers à l'extérieur <input type="checkbox"/> Escaliers à l'intérieur	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Aides techniques :	<input type="checkbox"/> Canne <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> D��ambulateur <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Routine de vie	
Lever :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
D��jeuner :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Occupation en matinée :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Souper :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Occupation en soirée :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Coucher :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nuit	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Fin de semaine	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.

Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.

Fiche d'inscription

La maison de répit La Ressource

Autres activités de la vie quotidienne (précisez uniquement si problématique associée)			
Habillement :	Aide requise : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez :	
Hygiène :	Aide requise : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez :	
Douche :	Aide requise : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez :	
Lavage des mains	Aide requise : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez :	
Élimination :	Aide requise : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez :	
	<input type="checkbox"/> Couche <input type="checkbox"/> Couche-culotte <input type="checkbox"/> Culotte d'incontinence	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Nuit	Précisez : <input style="width: 100%;" type="text"/>

Le participant est capable		
Faire des activités de motricité globale :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Faire des activités de motricité fine :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Faire des activités au niveau cognitif :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Faire des activités libres :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Marcher plus d'une heure :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Courir ou sauter :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Maintenir son attention :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Utiliser une tablette, ordinateur, etc. :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Précisez : <input style="width: 90%;" type="text"/>

Informations complémentaires :

Questionnaire rempli par :

Signature

Date

En signant ce formulaire, vous acceptez que la Maison répit La Ressource utilise ces renseignements tout en les gardant strictement confidentiels.

Condition non acceptée : Trouble de comportement, agressivité (frappe, pousse, mord, grafigne, violence envers les autres, fugue, automutilation, lance des objets, insuline, nutrition entérale.

Veuillez prendre note que nous ne prenons pas en charge la réservation du transport adapté ou tout autre moyen de transport.