



LA PASSERELLE

AUTISTES VINGT ET UN ANS ET PLUS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

BIEN VOULOIR TÉLÉCHARGER LE FORMULAIRE DIRECTEMENT
SUR VOTRE ORDINATEUR POUR POUVOIR LE REMPLIR ADÉQUATEMENT.

Pour toute question, vous pouvez contacter
l'intervenante responsable, Andréanne Gagné :

Par téléphone au : 418 529-4996 poste 290
Par courriel : coordopasserelle@patro.roc-amadour.qc.ca

IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Âge :

Date de naissance :

No. Ass. Maladie :

Date d'expiration :

No. de client du STAC :

L'utilisateur demeure : Avec sa mère et son père Avec son père seulement
 Avec sa mère seulement En famille d'accueil/résidence
 Garde partagée
 Mère | Père
 Parents | Famille d'accueil
Fréquence :

COORDONNÉES

COORDONNÉES DE LA MÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone résidence :

Cellulaire :

Téléphone travail :

Courriel :

COORDONNÉES DU PÈRE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone résidence :

Cellulaire :

Téléphone travail :

Courriel :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE D'ACCUEIL (s'il y a lieu)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone résidence :

Cellulaire :

Téléphone travail :

Courriel :

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)

Cette personne doit être disponible pour venir chercher l'utilisateur en cas de besoin.

Premier répondant

Nom :

Téléphone :

Lien avec l'utilisateur :

Deuxième répondant

Nom :

Téléphone :

Lien avec l'utilisateur :

Je désire avoir un reçu d'impôt à la fin de l'année. (Relevé 24)

N.A.S. (numéro d'assurance sociale)

INTERVENANT AU DOSSIER

Nom :

Téléphone :

Poste :

CRDI CSSS Autres

J'autorise les intervenants(es) de La Passerelle à prendre contact avec eux pour des échanges d'informations à des fins professionnels.

Signature du parent (tuteur)* : _____

L'utilisateur est en attente d'un service socioprofessionnel au CIUSSS (CRDI) : Oui Non

A fréquenté l'école :

Enseignant(e) :

Éducateur(trice) spécialisée :

J'autorise les intervenants(es) de La Passerelle à prendre contact avec eux pour des échanges d'informations professionnels.

Signature du parent (tuteur)* : _____

* Prendre note que les signatures peuvent être remplies informatiquement, ou encore signées sur place.

ALLERGIES ALIMENTAIRES : Oui Non

Si oui, lesquelles :

Réaction allergique :

Diète spéciale : Oui (spécifiez ci-dessous) Non

Diabète : Oui (spécifiez ci-dessous) Non

Détails :

Épilepsie : Non

Oui Intervention à privilégier :

AUTONOMIE FONCTIONNELLE DE L'USAGER :

ALIMENTATION

Mange seul Oui Non

Mange lentement Oui Non

Mange avec des ustensiles Oui Non

HABILLAGE | DÉSHABILLAGE

S'habille seul Oui Non

Avec aide physique Oui Non

Avec aide verbale Oui Non

L'utilisateur à besoin d'aide lors de l'habillage pour :

HYGIÈNE

L'utilisateur peut avoir de la difficulté à contrôler ses urines : Oui Non

Précisions :

L'utilisateur peut avoir de la difficulté à contrôler ses selles : Oui Non

Précisions :

Va à la toilette : Oui seul(e) Avec supervision Avec aide physique Non

À besoin d'aide à la toilette pour :

Se brosse les dents : Oui seul(e) Avec supervision Avec aide physique

Lors de ses périodes de menstruations :

L'usagère change sa serviette sanitaire : Seule Avec supervision Avec aide

Lors de ses menstruations, l'usagère a d'autres comportements spécifiques : Oui Non

Si oui lesquels :

Remplir la section suivante avec le plus de détails possibles s'il vous plaît.

ASPECTS COMPORTEMENTAUX

L'USAGER :

A tendance à fuguer, à exploser sans avertir : Oui Non

Dans quelles circonstances :

A tendance à se fâcher : Oui Non

Dans quelles circonstances :

Comment cela s'exprime-t-il ?

Interventions à privilégier :

Ses peurs, craintes sont :

Quand il a peur, il réagit en :

Pour le sécuriser, on doit :

Ses manies sont :

Autres aspects comportementaux à souligner :

A une sensibilité aux bruits : Oui Non J'utilise des coquilles/bouchons au besoin

A une sensibilité à la lumière : Oui Non Spécifications

RÉACTION DE L'USAGER AUX IMPRÉVUS | CHANGEMENTS :

Anxiété qui se démontre par :

Collabore bien

Comprend le pictogramme « Imprévu » et accepte son utilisation :

Refus de la collaboration

Autres réactions possibles face aux imprévus de tous genres :

COMMUNICATION

L'USAGER :

S'exprime par la parole : Oui Non

S'exprime par les gestes/signes : Oui Non

S'exprime par des pictogrammes/cahier de communication : Oui Non

Type d'horaire utilisé par l'utilisateur : Pictogrammes

Mots

Pictogrammes et mots

Horaire à la semaine

Horaire à la journée

Horaire à la demi-journée

Lors de son premier contact avec quelqu'un, il est préférable de :

GOÛTS ET INTÉRÊTS DE L'USAGER

Les activités physiques qu'il préfère sont :

Les activités manuelles qu'il préfère sont :

Les activités culturelles qu'il préfère sont :

À la piscine, l'utilisateur porte une veste de flottaison individuelle (VFI) : Oui Non

L'utilisateur fréquente ou a déjà fréquenté les services suivants du Patro Roc-Amadour ?

- Ados Plus Camp O'Carrefour
 Loisir Plus Services de surveillance

Si oui, j'accepte le transfert d'informations entre les secteurs à des fins professionnelles ?

- Oui Non

FICHE MÉDICALE OBLIGATOIRE

Diagnostic principal :

Autre diagnostic :

L'utilisateur souffre-t-il de :

- | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Asthme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Diabète | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Eczéma | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble cardiaque | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Constipation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Indigestion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble des yeux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble urinaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Maladie de la peau | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Manque d'appétit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Maladie du cœur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - VHB Hépatite B | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - VIH Sida | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Spécifiez la fréquence :

L'utilisateur porte-t-il des :

- | | | |
|-----------|------------------------------|------------------------------|
| Orthèses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prothèses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Troubles nerveux

L'utilisateur souffre-t-il de :

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Crise de colère | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Hyperactivité | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Insomnie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Spécifiez :

Allergies :

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - À l'aspirine | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - À la pénicilline | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - À d'autres médicaments | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aux piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aux poils d'animaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Aux foins/saisonniers | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autres : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Spécifiez :

Date du dernier vaccin contre le tétanos :

Spécifiez :

Spécifiez :

Commentaires supplémentaires :

TABLEAU DE LA MÉDICATION

Nous vous demandons d'inscrire tous les médicaments pris par l'utilisateur (ces informations peuvent nous être nécessaires si un transport d'urgence vers un centre hospitalier doit se faire).

Nom :

Prénom :

Médecin traitant :

Adresse :

Téléphone : ()

Nom du médicament

Posologie

L'utilisateur prend des médicaments qui devront lui être administrés à La Passerelle : Oui Non

Si oui, veuillez les indiquer ci-dessous :

Nom du médicament	Dîner	Autre	Posologie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Il les prend avec : Eau Purée Autre :

Autre(s) renseignement(s) :

AUTORISATION

Pour les usagers qui sont sous la tutelle du curateur public, la signature n'est pas requise.
Svp, cochez les choix selon les besoins du client.

Pour un usager dont vous êtes le tuteur légal, veuillez compléter la partie suivante :

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS (médicaments, PRN, etc.)

J'autorise le personnel de La Passerelle à administrer à l'utilisateur la médication nommée ci-haut qui a été fourni par le parent aux intervenants.

Signature du parent ou responsable* : _____

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

(Vous devez nous fournir les médicaments que vous souhaitez que l'on administre).

J'autorise le personnel de La Passerelle à administrer (au besoin), les médicaments que j'aurai préalablement fournis et identifiés ;

- Anti-inflammatoires (Tyléno, Tempra, Advil, etc.)
- Anti-émétique (Gravol)
- Anti-histaminiques - Allergies (Bénadryl, Claritin, Allegra, Réactine, etc.)
- Sirop contre la toux (Bénylin, etc.)
- Acide acétylsalicylique (Aspirine)
- Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Bacigent, etc.)
- Anti-diarrhéique (Immodium)
- Autres (médicaments qui accompagnent l'utilisateur à la demande de ses responsables) :

Signature du parent ou responsable* : _____

PREMIERS SOINS, DÉPLACEMENT À L'HÔPITAL, TRANSPORT PAR AMBULANCE ET RETOUR À LA MAISON

J'autorise les responsables de la Passerelle à diffuser au personnel évoluant auprès de l'utilisateur dont j'ai la responsabilité, pour des raisons de sécurité, les informations mentionnées dans la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires et à dispenser les premiers soins.

Je m'engage à transporter (ou à trouver quelqu'un pour le faire) vers un établissement de santé et à prendre en charge l'utilisateur dont je suis responsable dans le cas d'accident ou de maladie subite qui ne nécessite pas un transport par ambulance. Si je suis dans l'impossibilité d'assurer ce transport, j'autorise les intervenants de La Passerelle à appeler une ambulance si nécessaire, à mes frais, et à le faire admettre dans un établissement de santé.

Par ma signature, j'atteste avoir lu, compris et être en accord avec l'autorisation pour le déplacement à l'hôpital, transport par ambulance et retour à la maison.

Signature du parent ou responsable* : _____

* Prendre note que les signatures peuvent être remplies informatiquement, ou encore signées sur place.