

**TROUSSE D'INFORMATION SUR L'ADMISSION / DEMANDE D'INSCRIPTION**

NOM DU PROGRAMME **:**

**Nom : D.D.N. / /**

Nom de famille Prénom jour / mois / année

**Sexe**: M

F

## Adresse du domicile :

**Code postal: Téléphone no:**

**Famille/fournisseur de soins**

Nom :

Adresse : Code postal :

Téléphone no : Cellulaire no :

Adresse courriel :

## Nom de l'organisme orienteur :

**Renseignements médicaux et médecins**

## Diagnostic :

**Santé no :**

Fournir l'original de la carte ou une photocopie

## Type de carte :



**Médecin de famille :** Tél. no :

Adresse :

**Psychiatre :** Tél. no :

Adresse :

**Dentiste :** Tél. no :

Adresse :



**Autres spécialistes** Tél. no :

Adresse :

**École :** Tél. no :

Adresse :

## Médicaments

Est-ce que la personne prend des médicaments présentement? Oui \_ Non \_

\_\_\_

\_\_\_

Si oui, veuillez joindre une liste des médicaments, les doses, etc.

Est-ce que la personne s'administre elle-même ses médicaments? Oui \_ Non \_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

**Traitements médicaux** Oui \_ Non \_

\_\_\_

Si oui, prière de préciser :

Soins de colostomie : Oui \_ Non \_

\_\_\_

\_\_\_

Instructions spéciales / observations :

Alimentation par sonde gastrique : Oui \_ Non \_

\_\_\_

\_\_\_

Instructions spéciales / observations :

## Vaccination

Les vaccins de la personne sont-ils à jour? Oui \_ Non \_

\_\_\_

\_\_\_

Veuillez joindre une copie du carnet de vaccination **(obligatoire dans le cadre des programmes de relève, d'évaluation et de traitement de courte durée en résidence, d'hébergement temporaire en situation de crise)**

**Allergies médicamenteuses** Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

Si oui, prière de préciser :

**Allergies alimentaires** Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

Si oui, prière de préciser :

**Crises d'épilepsie** Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

**Description des crises –** c.-à-d. le type de crise (grand mal, petit mal) et la durée

Quel est le protocole de la personne en cas de crise? *(Veuillez fournir des instructions écrites.)*

## Autres affections médicales : Oui Non Observations

Diabète \_ \_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Troubles cardiaques \_ \_

\_\_

\_\_\_

Troubles de l’alimentation/de déglutition \_ \_ \_

\_\_\_

\_\_

Risque d’étouffement \_ \_ \_

\_\_\_

\_\_

Pica (mange des objets non comestibles) \_ \_ \_ Porteur de l’hépatite B \_ \_ \_ \_

\_\_

\_\_

\_\_

\_\_\_

Troubles respiratoires \_ \_ \_

\_\_

\_\_\_

Antécédents de traumatisme crânien \_

\_\_

Troubles rénaux \_

\_\_\_

\_ \_

\_ \_

\_\_\_

\_\_\_

Incontinence - urinaire \_ \_

\_\_\_

\_\_\_

- fécale \_ \_

## ACCESSIBILITÉ

**Vision/audition : Oui Non Observations**

Troubles de la vue

Porte des verres correcteurs/lentilles

Troubles de l’audition

# \_ \_ \_

\_ \_ \_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_

\_\_

\_\_

\_ \_ \_

\_\_\_

\_\_\_

Porte un appareil auditif \_ \_

## Habiletés motrices Oui Non Observations

S'assoit de manière indépendante \_ \_ \_ \_

\_\_

\_\_

\_\_\_

\_\_

Monte les escaliers \_ \_ \_

\_\_

\_\_

Marche \_

\_\_

Se sert d'un déambulateur \_

\_\_\_

# \_ \_ \_

\_ \_ \_

\_\_\_

\_\_

Se sert d'un fauteuil roulant \_ \_

\_\_\_



Lève-personne/sangle \_ \_ \_

\_\_

\_\_

\_\_\_

Équipement spécial requis \_ \_ \_

**Si cela est jugé nécessaire, les clients en fauteuil roulant sont transférés à l'aide d'un lève-personne/sangle mécanique (obligatoire dans le cadre des programmes de relève, d'évaluation et de traitement de courte durée en résidence, d'hébergement temporaire en situation de crise).**

**Communication Oui Non Observations**

Verbale \_ \_ \_

\_\_

\_\_\_

Utilise des phrases \_ \_ \_ Utilise des mots \_ \_ Utilise le langage des signes \_ \_ \_

\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_

\_\_\_

\_\_

Comprend ce qui est dit? \_

\_\_

Langues parlées à la maison \_

\_\_

Autres langues parlées \_

\_\_\_

# \_ \_ \_

\_ \_ \_

\_\_

\_\_

\_ \_

\_\_\_

Autres langues comprises \_ \_

\_\_\_



Autres outils de communication (veuillez préciser) :

**Comportement**

**Est-ce que cette personne participe à un programme d'intervention comportementale? Si oui, veuillez nous fournir une copie.**

Agressivité envers les autres : Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

Prière de préciser :

Comment les comportements sont-ils traités?

Agressivité envers soi-même? Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

Prière de préciser :



Comment les comportements sont-ils traités?

Agressivité envers le milieu qui l'entoure? Oui Non

\_\_\_

\_\_\_

Prière de préciser :

Comment les comportements sont-ils traités?

Part errer? Oui \_ \_ Non\_ \_

\_\_

\_\_\_

Prière de préciser :

Comment les comportements sont-ils traités?

## Profil émotionnel Oui Non Oui Non

Anxiété Phobies

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Confiant Timide

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Heureux Replié sur soi-même

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Sociable/amical Perception de soi négative

\_\_\_

\_\_\_

Comportements obsessionnels Difficulté avec dépression

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Recherche l’attention

Observations:

## Religion

Dénomination : Demandes spécifiques / arrangements :

## École/programme de jour

\_\_

\_\_\_

Participe à : \_

\_\_

\_ Programme de jour

\_ \_École

\_ Travail/atelier de travail



Veuillez décrire (nom, genre et niveau de participation, etc.) :

## Conscience de la communauté Oui Non

Comportement sexuel approprié

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

Peut utiliser les transports en commun

\_\_\_

\_\_\_

Comprend la notion d'argent

## Antécédents familiaux/liens de parenté :

Avec qui et où la personne habite-t-elle présentement?

Parents:

Frère/sœur :

Grands-parents :

Est-ce qu'il y a des antécédents de maladie psychiatrique dans la famille? Si oui, veuillez préciser :

Y a-t-il des conditions médicales dans la famille?

Renseignements supplémentaires :

**Repas** Veuillez indiquer les aliments préférés :

Veuillez indiquer les aliments détestés :

Si un régime alimentaire spécifique est nécessaire, veuillez le décrire :

## Préciser la consistance alimentaire

\_\_\_

\_\_

\_\_\_

Normale : \_

\_\_

\_ Hachée :

\_ Émincée

\_ Purée : \_



## Habilités pour se nourrir

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indépendant |  | Semi-indépendant |  | Dépendant |  |
| Utilise la cuillère |  | Utilise la fourchette |  | Utilise le couteau |  |
| Droitier |  | Gaucher |  | Boit avec une tasse |  |
| Boit avec une paille |  | Utilise une chaise ordinaire |  | S'étouffe parfois |  |
| Signes tactiles |  |  |  |  |  |

## Habilités pour s’habiller

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Indépendant Semi-indépendant Dépendant

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

## Sommeil

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Éclairage allumé | Oui |  | Non |  | Peu importe |
| Dort tard | Oui |  | Non |  | Peu importe |
| Dort avec la porte ouverte | Oui |  | Non |  | Peu importe |
| Se réveille la nuit | Oui |  | Non |  | Pas habituellement |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Dort jusqu’à heures du matin

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Si la personne se réveille la nuit, que faut-il faire?

## Information précise sur les points suivants :

1. Propreté bain et douche
2. Élimination:

Fonction de la vessie :

Fonction intestinale :

1. Soins dentaires :
2. Autres considérations d'hygiène/préoccupations :

## ROUTINE QUOTIDIENNE

Routine habituelle le matin :

Routine habituelle l'après-midi :

Routine habituelle le soir et au coucher :

Points forts de la personne :

Goûts et préférences spécifiques de la personne :

## Plan des objectifs de la personne

Objectifs :

Objectifs liés à la vie quotidienne :

Objectifs liés aux loisirs :

Objectifs liés au comportement :

Autre :

## Nom de la personne qui remplit cette demande :

**Signature de la personne qui remplit cette demande :**

**Date :**