

PERSONNES SIGNIFICATIVES EN CAS D'URGENCE

Obligatoire

(Autres que la personne inscrite comme parent ou répondant)

1- Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Numéro de téléphone : _____

2- Personne à rejoindre en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

Lien avec l'utilisateur : _____

Numéro de téléphone : _____

CARACTÉRISTIQUES ET BESOINS DE L'USAGER

PLAN PHYSIQUE

État général (Santé physique/ condition physique et santé mentale)

Problème de santé particulier (asthme, diabète, épilepsie, problème cardiaque, etc.)

Diagnostic de la maladie, du trouble (TDAH, Trisomie, TSA, etc.) ou du syndrome?

L'utilisateur fait-il de l'épilepsie? Oui Non Est-il bien contrôlé? Oui Non

Y'a-t-il des signes à surveiller?

Quelles sont les procédures à suivre lors des absences et des convulsions?

Identification des incapacités (vue, ouïe, parole...) décrivez :

Mobilité physique (décrivez) :

Utilisation de compensation : orthèse prothèse corset

marchette ou déambulateur

fauteuil roulant*

autre _____

Quand les utiliser ? _____

Soins particuliers associés :

*Si l'utilisateur utilise un fauteuil roulant spécifier l'utilisation de ses accessoires :

Incontinence : urinaire

fécale

Fréquence approximative des changements de protection : _____

Spécifications : _____

L'utilisateur a-t-il besoin d'accompagnement pour l'utilisation de la toilette? Oui Non

Spécifications : _____

Quelles sont les activités extérieures et intérieures que l'utilisateur préfère?

Quels sont ses intérêts? _____

Y'a-t-il des choses que l'utilisateur n'aime pas? _____

Habitudes alimentaires

L'utilisateur boit-il avec une paille, au gobelet? _____

L'utilisateur a-t-il une diète spécifique? Oui Non

précisez : _____

L'utilisateur doit-il utiliser une bavette? Oui Non

ALLERGIES

• **aux médicaments** oui non

spécifiez : _____

symptômes : _____

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? _____

• **à la nourriture** oui non

spécifiez : _____

symptômes : _____

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? _____

• **autres** oui non

spécifiez : _____

symptômes : _____

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? _____

Intolérances particulières :

au froid au soleil au vent à certains aliments

à l'aération à la chaleur à la poussière au bruit

Spécifiez (s'il y a lieu) : _____

PLAN INTELLECTUEL (forces et faiblesses)

Déficiência intellectuelle : légère modérée sévère profonde

Diagnostic de la déficiéce (si cela est possible) : _____

Degré de connaissances (lecture et écriture)

Jugement

Orientation

Concentration

Conscience du risque de danger

Sexualité

MOYEN (S) DE COMMUNICATION

Langage Verbal

Langage Signé

Pictogramme

Lecture sur les lèvres

Autre (s) spécifiez : _____

Détaillez l'utilisation et / ou le fonctionnement du moyen de communication :

PLAN PSYCHOLOGIQUE

Traits de personnalité (collaborateur, fiable, renfermé, revendicateur, etc.)

Comportement de l'utilisateur :

Intervention à faire pour faire cesser ses comportements dû à son anxiété :

À quelle fréquence a-t-il ses comportements? _____

Intervention à faire pour faire cesser ses comportements dû à ses colères ou son agressivité :

À quelle fréquence a-t-il ses comportements? _____

Son comportement lorsqu'il est avec ses amis : _____

Son comportement lorsqu'il est dans un nouvel environnement : _____

Son comportement pendant les activités : _____

Son comportement face au respect des consignes : _____

Quelles autres informations devrions-nous absolument savoir sur votre enfant : _____

AUTRES SERVICES UTILISÉS PAR L'USAGER

L'utilisateur fréquent-il d'autres milieux ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

L'utilisateur a-t-il un(e) travailleur(euse) social(e)? Nom _____

Numéro de téléphone : _____ poste : _____

L'utilisateur va-t-il à l'école ? (Le Touret, Montcalm, FIS ou autre)

Oui Non

Nom de l'école : _____

L'utilisateur a-t-il un plan d'intervention? Oui Non

Si oui, peut-on en avoir une copie? _____

AUTORISATIONS

Autorisation pour l'administration des médicaments prescrit et non-prescrits

J'autorise la Maison Caméléon à administrer à _____

Les médicaments prescrits Oui Non

Acétaminophène (Tylenol) Oui Non

Antihistaminique (Benadryl) Oui Non

Ibuprofène (Advil) Oui Non

Crème solaire Oui Non

Signature parent ou répondant

Date

NB : Les médicaments sont fournis par le répondant. Advenant un changement, il est de la responsabilité du répondant d'informer et de faire suivre une copie des modifications

J'autorise La Maison Caméléon de l'Estrie à prendre contact au besoin avec les personnes ressources des différents organismes que fréquente l'utilisateur afin de travailler en collaboration avec eux et par conséquent à mieux aider l'utilisateur et les intervenants.

Signature du parent ou répondant

Date

J'autorise La Maison Caméléon de l'Estrie à prendre les mesures nécessaires relativement à la santé et la sécurité de l'utilisateur en cas d'urgence et m'engage à assumer, si tel est le cas, les frais encourus (ambulance, taxi) lors de l'application de ces mesures.

Signature du parent ou répondant

Date

J'autorise l'utilisateur à sortir à l'extérieur dans le quartier environnant de la Maison Caméléon de l'Estrie accompagné d'un membre du personnel.

Signature du parent ou répondant

Date

J'autorise la Maison Caméléon à prendre des photos et/ou vidéos
de : _____

Les photos/vidéos des participants en action (activités) pourront servir à faire connaître la mission de la Maison Caméléon. Elles pourront être visualisées lors d'événements spéciaux (ex :tournoi de golf Annuel de la Maison Caméléon) ou affichées sur notre site internet et page Facebook.

Cette autorisation se renouvelle automatiquement chaque année. Pour mettre fin à cette autorisation la personne responsable n'aura qu'à transmettre à la Maison Caméléon une lettre pour aviser du non-renouvellement de l'autorisation.

Signature du parent/répondant

Date