



**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     jour     nuit  
 fécale     jour     nuit

Fréquence approximative des changements de protection : \_\_\_\_\_

Spécifications : \_\_\_\_\_

---

## Habitudes de vie

Sommeil et heures de coucher et lever.

---



---

Spécifications et routines pour le coucher et la nuit de l'utilisateur :

---



---



---

L'utilisateur a-t-il besoin d'une sieste ou d'un changement de position durant la journée?

---



---



---

Quel est l'horaire de ses bains à la maison :

lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi  samedi  dimanche

Préférences et spécifications pour le moment du bain (banc de transfert) : \_\_\_\_\_

---



---



---

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**

Appétit, alimentation, diète :

---



---

L'utilisateur mange-t-il de tout? \_\_\_\_\_

Quels sont les aliments qu'il préfère? \_\_\_\_\_

Quels sont les aliments qu'il aime le moins? \_\_\_\_\_

Mange-t-il les aliments solides ou en purée? \_\_\_\_\_

A-t-il une consistance particulière? \_\_\_\_\_

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

L'utilisateur est-il rationné pour ses repas?  Oui  Non

L'utilisateur ressent-il sa satiété?  Oui  Non

<b>ALLERGIES</b>
------------------

• **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) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CARACTÉRISTIQUES ET BESOINS DE L'USAGER
---

### Autonomie aux activités de la vie quotidienne

L'utilisateur est-il complètement dépendant de l'intervenant dans son fonctionnement quotidien?

	Sans aide	Avec aide	Par autrui	Définir aide requise
Manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se laver la bouche et les mains après ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apporter sa vaisselle à la fin du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se vêtir/dévoûtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se laver la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se laver les mains après usage de la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se lever/coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Marcher ou se déplacer en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (définir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## PLAN INTELLECTUEL (forces et faiblesses)

Déficience intellectuelle :  légère  modérée  sévère  profonde

Diagnostic de la déficience (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'usager :

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