



LA MAISON CAMÉLÉON DE L'ESTRIE INC.

4761, rue De Gaspé
Sherbrooke (Québec)
J1N 2C7
Téléphone: 819-562-6881

PHOTO

DOSSIER D'INSCRIPTION DE L'USAGER (répit dodo)

Date d'inscription : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

USAGER

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et Prénom

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° d'assurance maladie

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Sexe : Féminin Masculin

Adresse actuelle : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro civique ; Rue

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ville

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Code postal

L'utilisateur utilise-t-il un transport adapté? Oui Non

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de dossier

PARENT OU RÉPONDANT (Avec qui l'utilisateur vit)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom et prénom de la personne à contacter

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien avec l'utilisateur

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone

Cellulaire

Adresse Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PERSONNES SIGNIFICATIVES EN CAS D'URGENCE

Obligatoire
(Autres que la personne inscrite comme parent ou répondant)

1- **Personne à rejoindre en cas d'urgence** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien avec l'utilisateur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

2- **Personne à rejoindre en cas d'urgence** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Lien avec l'utilisateur : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

CARACTÉRISTIQUES ET BESOINS DE L'USAGER
--

PLAN PHYSIQUE

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Est-il bien contrôlé? Oui Non

Y'a-t-il des signes à surveiller?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mobilité physique (décrivez) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Utilisation de compensation : orthèse prothèse corset

marchette ou déambulateur

- fauteuil roulant*
- autre Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quand les utiliser ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Soins particuliers associés Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*Si l'utilisateur utilise un fauteuil roulant spécifier l'utilisation de ses accessoires :
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Incontinence : urinaire jour nuit
 fécale jour nuit

Fréquence approximative des changements de protection : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Spécifications : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Habitudes de vie

Sommeil et heures de coucher et lever.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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 :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quels sont ses intérêts

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Habitudes alimentaires

Appétit, alimentation, diète : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'utilisateur mange-t-il de tout? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quels sont les aliments qu'il préfère? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quels sont les aliments qu'il aime le moins? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mange-t-il les aliments solides ou en purée? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

A-t-il une consistance particulière? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'utilisateur boit-il avec une paille, au gobelet? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

ALLERGIES

• **aux médicaments** oui non

spécifiez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

symptômes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

• **à la nourriture** oui non

spécifiez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

symptômes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

• **autres** oui non

spécifiez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

symptômes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Comment réagissez-vous lors d'une réaction allergique ? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se laver la bouche et les mains après ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Apporter sa vaisselle à la fin du repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se vêtir/dévoier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se laver la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Utiliser les toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se laver les mains après usage de la toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Se lever/coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Marcher ou se déplacer en fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Autres (définir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PLAN INTELLECTUEL (forces et faiblesses)

Déficience intellectuelle : légère modérée sévère profonde

Diagnostic de la déficience (si cela est possible) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Degré de connaissances (lecture et écriture)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Jugement

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Orientation

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Concentration

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Conscience du risque de danger

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sexualité

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

MOYEN (S) DE COMMUNICATION

Langage Verbal

Langage Signé

Pictogramme

Lecture sur les lèvres

Autre (s) spécifiez :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

PLAN PSYCHOLOGIQUE

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Comportement de l'utilisateur :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

À quelle fréquence a-t-il ses comportements? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

À quelle fréquence a-t-il ses comportements? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Son comportement lorsqu'il est avec ses amis : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Son comportement lorsqu'il est dans un nouvel environnement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Son comportement pendant les activités : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Son comportement face au respect des consignes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AUTRES SERVICES UTILISÉS PAR L'USAGER

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

Si oui, lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

L'utilisateur a-t-il un(e) travailleur(euse) social(e)? Son nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Oui Non

Nom de l'école : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Si oui, peut-on en avoir une copie? Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

AUTORISATIONS

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

J'autorise la Maison Caméléon à administrer à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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