

Fiche d'information générale

Coordonnées de l'utilisateur

<p>Nom : _____ Prénom : _____</p> <p>Âge : _____ Date de naissance : _____</p> <p>Diagnostic : _____</p> <p>Diagnostics associés : _____</p> <p>Résidence actuelle de l'utilisateur : _____</p> <p>Parent <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/></p>	<p>PHOTO</p> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
--	---

Coordonnées des parents ou des tuteurs

<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Ville : _____ Code postal : _____</p> <p>Tél. résidence : _____</p> <p>Tél. travail : _____</p> <p>Personne à contacter en cas d'urgence :</p> <p>Nom : _____</p> <p>Tél. : _____</p> <p>Lien : _____</p>	<p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>Ville : _____ Code postal : _____</p> <p>Tél. résidence : _____</p> <p>Tél. travail : _____</p> <p>Personne à contacter en cas d'urgence :</p> <p>Nom : _____</p> <p>Tél. : _____</p> <p>Lien : _____</p>
---	---

Ressource fréquentée la semaine (atelier, école, garderie)

Nom de la ressource : _____	
Temps plein <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/> Nom de l'intervenant : _____
Intervenants :	CRDIQ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/>
Nom du CLSC : _____	Nom de l'intervenant : _____
Nom du CRDI : _____	Nom de l'intervenant : _____

Information médicale

Nom de la personne : _____	
Numéro d'assurance maladie : _____	Date d'échéance : _____

Alimentation

Suit une diète ou un régime :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------	------------------------------

Médicaments

Prend des médicaments :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	avec eau <input type="checkbox"/>	avec purée <input type="checkbox"/>
-------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Nom du médicament	Nombre de fois par jour	Dose	Heure

Autres précisions médicales

Problème physique ou médical important, orthèse, prothèse, etc. :

Autorisations

Par la présente, j'autorise le personnel responsable des répités pour les personnes autistes sur le site de Cité Joie à administrer les médicaments nécessaires selon mes instructions à _____

_____ .
nom de l'usager-ère

Par la présente, j'autorise le personnel responsable des répités pour les personnes autistes sur le site de Cité Joie à divulguer ces informations médicales et à prendre les dispositions nécessaires pour faire soigner _____ si il ou elle nécessitait des soins d'urgence au cours d'un séjour
nom de l'usager-ère

au Chalet Bell-vie.

Signature d'un parent

Date

Par la présente, j'autorise _____ à faire des sorties dans la communauté avec le
Nom de l'usager-ère
personnel responsable des répités pour les personnes autistes sur le site de Cité-Joie.

Signature d'un parent

Date

Par la présente, j'autorise le personnel responsable des répités pour les personnes autistes sur le site de Cité-Joie à prendre des photos ou des séquences vidéo de _____.
nom de l'usager-ère

Signature d'un parent

Date

Par la présente, j'autorise le personnel responsable des répités pour les personnes autistes sur le site de Cité-Joie à communiquer avec les intervenants identifiés dans la fiche d'informations générales.

Signature d'un parent

Date

Goûts et intérêts

Activités favorites (physiques, manuelles ou culturelles) : _____

Sorties favorites : _____

Hygiène et autonomie fonctionnelle

Va à la toilette : Seul <input type="checkbox"/> Avec aide <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ _____	Prend un bain : Seul <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide physique <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ _____	Prend une douche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide physique <input type="checkbox"/>
Se brosse les dents : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec supervision <input type="checkbox"/> Avec aide physique <input type="checkbox"/>	Change sa serviette hygiénique Seule : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Porte une couche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Seulement la nuit <input type="checkbox"/>
S'habille : Seul <input type="checkbox"/> Avec aide physique <input type="checkbox"/> Avec aide verbale <input type="checkbox"/>		
		Besoin d'aide physique pour : _____

Communication

S'exprime par :

Paroles

Gestes

Langage signé

Pictogrammes

Parle :

Couramment

Avec difficulté

Pour exprimer ses besoins

Les mots, gestes, signes ou pictogrammes connus :

Sa compréhension est :

Excellente

Suffisante

Faible

Comportements

Tendance à fuguer : non oui

Dans quelles circonstances : _____

Interventions à privilégier : _____

Tendance à être agressif : non oui

Dans quelles circonstances : _____

Manifestations : _____

Interventions à privilégier : _____

Comportements (suite)

Tendance à s'auto-mutuler : non oui

Précisez : _____

Interventions à privilégier : _____

Tendance à manger des substances non comestibles : non oui

Craintes, peurs, phobies (animaux, objets, lieux, circonstances) : _____

Interventions à privilégier : _____

Autres aspects comportementaux à souligner : _____

Alimentation

Mange : Peu Moyennement Beaucoup

 Lentement Rapidement

 Seul Avec aide physique

Allergies ou intolérances alimentaires : _____

Autres particularités : _____

Mets préférés : _____

Mets non appréciés : _____

