

PERSONNES SIGNIFICATIVES EN CAS D'URGENCE

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

Problème de santé particulier (asthme, épilepsie,...)

Diagnostic de la maladie ou du syndrome (s'il y a lieu) : _____

Y a-t-il des informations que nous devrions absolument savoir sur cette maladie ou ce syndrome?

Si l'utilisateur fait de l'épilepsie, est-il bien contrôlé? _____

Y a-t-il des signes à surveiller et que devrions-nous faire s'il survient une crise? _____

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

Mobilité physique (décrivez) :

Utilisation de compensation : orthèse prothèse
 marchette fauteuil roulant (pliable, manuel, électrique, non-pliable)
 autre _____

Quand les utiliser ? _____
 Soins particuliers associés _____

Incontinence : urinaire jour nuit
 fécale jour nuit

Fréquence approximative des changements de protection : _____
 Commentaires : _____

Habitudes de vie :

Sommeil, routines du coucher, heures de coucher et lever...

L'utilisateur a-t-il besoin d'une sieste durant la journée? _____

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'usager 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? _____

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

L'usager a-t-il une diète spécifique? Si oui, précisez : _____

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 :

à certains aliments au froid au soleil au vent au bruit

à l'aération à la chaleur à la poussière

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	À acquérir	Définir aide requise
Se servir à manger					
Manger					
Se laver					
Se laver la bouche et les mains/fin du repas					
Se raser					
Prendre un bain/douche					
Se laver la tête					
Se vêtir/dévêtir					
Utiliser les toilettes					
Se laver les mains après usage de la toilette					
Se lever/coucher					
Marcher					
Sortir à l'extérieur					
Passer le balai					
Faire son lit					
Mettre la table/desservir					
Apporter sa vaisselle/fin du repas					
Autres (définir)					

PLAN INTELLECTUEL (forces et faiblesses)

Déficience intellectuelle : légère modérée sévère profonde

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

Degré de connaissances (lecture, écriture, sexualité...)

Jugement

Orientation

Concentration

Conscience du risque de danger

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,...)

Comportement de l'utilisateur :

L'utilisateur est-il hyperactif ? oui non Son état exige-t-il une médication? _____

Réagit-il souvent avec colère et agressivité? à l'occasion souvent rarement

Intervention à faire pour faire cesser ce comportement le plus vite possible :

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 : _____

AUTRES SERVICES UTILISÉS PAR L'USAGER

L'utilisateur reçoit-il des services du Centre Notre-Dame de l'Enfant, du Centre jeunesse ou autre centre ? oui non

Nom de l'intervenant : _____

Organisme : _____

Numéro de téléphone : _____ poste : _____

Nom de l'intervenant : _____

Organisme : _____

Numéro de téléphone : _____ poste : _____

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

oui non

Nom de l'école : _____

Professeur ou personne référence : _____

Numéro de téléphone : _____ poste : _____

L'utilisateur a-t-il un plan d'intervention? oui non

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

AUTORISATIONS

J'autorise La Maison Caméléon de l'Estrie à prendre contact au besoin avec les personnes ressources des différents organismes que fréquentent 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 s'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 du personnel.

Signature du parent ou répondant

Date

Autorisation pour l'administration de médicaments réguliers

Nom du participant : _____

Nom du médicament	Dose	Heure	Façon(avec eau ou compote)	

NB : Veuillez nous fournir la liste complète à jour des médicaments. Demandez à votre pharmacie de vous fournir cette liste.

La dosette ou le dispill est obligatoire afin d'assurer une bonne gestion des médicaments. Envoyez seulement la dose appropriée pour la journée.

J'autorise les intervenants de la Maison Caméléon de l'Estrie à administrer à _____
Les médicaments ci-haut mentionnés.

Signature parent/répondant

date



LA MAISON CAMÉLÉON DE L'ESTRIE inc

4761, rue De Gaspé
Sherbrooke (Québec)
J1N 2C7

Téléphone: 819-562-6881
maisoncameleon@videotron.ca

Objet: Autorisation prise de photos + montage photos

J'autorise la Maison Caméléon à prendre des photos de : _____ pour un montage . Les photos des participants en action (activités) pourront servir à faire connaître la mission de la Maison Caméléon et pourront être visualisées lors d'évènements spéciaux (ex :tournoi de golf Annuel de la Maison Caméléon).

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.

Signé le _____

Signature parent/tuteur