

IDENTIFICATION			
Ce formulaire a été rempli le (inscrire la date) :			
Date de naissance :		No Assurance-maladie :	
IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Nom :		Prénom :	
Adresse de résidence :			
Ville :		Code postal :	
École fréquentée (ou lieu de travail) :			
IDENTIFICATION PARENTS			
Parent 1 :			
Nom parent 1 :		Prénom parent 1 :	
Adresse de résidence :			
No Assurance sociale:		Code postal :	
Téléphone principal :		Téléphone secondaire :	
Courriel :			
Parent 2 :			
Nom parent 2 :		Prénom parent 2 :	
Adresse de résidence :			
No Assurance sociale:		Code postal :	
Téléphone principal :		Téléphone secondaire :	
Courriel :			
CURATELLE (S'IL Y A LIEU)			
No de dossier :			
Nom du curateur :		Prénom du curateur :	
Adresse :			
Téléphone :		Courriel :	
NOTES			

IDENTIFICATION (SUITE)

TRANSPORT

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher la personne :

Nom	Lien avec la personne	No téléphone	
Signature du tuteur ou parent :		Date :	

INTERDICTION DE CONTACT

Si oui, qui ?

Date du jugement :

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES

J'autorise le Centre de loisirs adaptés La Maison Grandi-Ose à utiliser des photographies de la personne prises lors de sa présence à la Maison Grandi-Ose ou lors d'activités à l'extérieur. Ces images sont utilisées à des fins de représentation de notre organisation. Cette autorisation est valide pour un an et doit être renouvelée chaque année.

	Site internet (maisongrandiose.com)
	Médias sociaux (Facebook; page Maison Grandi-Ose)
	Publications papier (Rapport annuel, dépliant promotionnel, etc.)
	Évènements (présentations lors d'activités de financement, représentations diverses, etc.)
Signature du tuteur ou parent :	Date :

OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOS SERVICES

	Famille		Utilisateur de nos services		Organisme communautaire
	École		Médias sociaux		CIUSSS
	Ville de Trois-Rivières		Autre :		

CONSENTEMENT À L'ADHÉSION

En devenant membre, je témoigne de mon intérêt pour la mission poursuivie par le Centre de loisirs adaptés La Maison Grandi-Ose et le support de ses activités. Je consens, en tant que membre, à recevoir par courriel des communiqués et autres informations liées aux services et aux activités de notre organisation. J'accepte également de participer à l'Assemblée générale annuelle à chaque année.

Signature :		Date :	
-------------	--	--------	--

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS

INTERVENANT DU CIUSSS (S'IL Y A LIEU)

Nom intervenant :		Prénom intervenant :	
Organisme :			
Téléphone bureau :		No de poste :	
Courriel :			
Autorisation échange d'informations (Signature du tuteur) :			

PARTAGE D'INFORMATIONS

J'autorise les établissements et/ou professionnels de la santé suivants à TRANSMETTRE des informations de façon verbale ou écrite à Maison Grandi-Ose :

J'autorise :		École :	
J'autorise :		Commission scolaire :	
J'autorise :		Service de garde :	
J'autorise :		Milieu de travail :	
J'autorise :		Centre de réadaptation InterVal :	
J'autorise :		Client :	
J'autorise :		Médecin traitant :	
J'autorise :		Centres jeunesse :	
J'autorise :		Centres jeunesse :	
J'autorise :		CSSS (CH-CLSC- CHSLD) :	
J'autorise :		CSSS (CH-CLSC- CHSLD) :	
J'autorise :		Parents :	
J'autorise :		Autres :	

CONSENTEMENT À L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS (SUITE)

PARTAGE D'INFORMATIONS

J'autorise les établissements et/ou professionnels de la santé suivants à RECEVOIR des informations de façon verbale ou écrite à Maison Grandi-Ose :

J'autorise :		École :	
J'autorise :		Commission scolaire :	
J'autorise :		Service de garde :	
J'autorise :		Milieu de travail :	
J'autorise :		Centre de réadaptation InterVal :	
J'autorise :		Client :	
J'autorise :		Médecin traitant :	
J'autorise :		Centres jeunesse :	
J'autorise :		Centres jeunesse :	
J'autorise :		CSSS (CH-CLSC-CHSLD) :	
J'autorise :		CSSS (CH-CLSC-CHSLD) :	
J'autorise :		Parents :	
J'autorise :		Autres :	

NOTES

Durée du consentement

Le consentement à l'échange et à l'utilisation d'informations est valide pour un maximum de douze (12) mois à partir de la date de la signature de ce formulaire.

FICHE DE SANTÉ		
Date :		
INFORMATIONS PERSONNELLES		
Nom :		Prénom :
Date de naissance :		
Diagnostic :		
MÉDICATION		
Nom du médicament	Posologie	Heure
Particularités :		
Médication au besoin (PRN) :		
Je m'engage à :		À fournir la médication sous forme de <u>DISPILL</u>.
Je m'engage à :		À informer la Maison Grandi-Ose de tous changements apportés à la médication.
J'autorise :		À administrer la médication à la personne selon la posologie indiquée ci-dessus.
Signature du parent ou tuteur :		
Date :		
Notes :		

FICHE DE SANTÉ (SUITE)

ALLERGIES ET INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?	Oui	Non
Si oui, lesquelles :		
Quels sont les symptômes visibles :		
Quelles sont les interventions nécessaires :		
Votre enfant a-t-il des intolérances alimentaires?	Oui	Non
Si oui, lesquelles :		
Quels sont les symptômes visibles :		
Quelles sont les interventions nécessaires :		

ALIMENTATION

La personne utilise-t-elle fourchette et cuillère seule?	Oui	Non
La personne boit-elle seule?	Oui	Non
Précisions :		
Ses breuvages doivent-ils être épaissis?	Oui	Non
A-t-elle besoin d'une bavette?	Oui	Non
Il est préférable de lui présenter ses aliments :	Tels quels	
	Coupés	
	En purée	
	Autre	
La personne présente-t-elle des rigidités alimentaires?	Oui	Non
Préciser au besoin :		
La personne a-t-elle une diète spécifique à suivre?	Oui	Non
Si oui, laquelle :		
Notes :		

FICHE DE SANTÉ (SUITE)

COMPORTEMENTS

Quels comportements la personne adopte-t-elle envers un :

Adulte

Enfant

Groupe
d'enfants

Agit-elle différemment face à l'autorité d'un homme ou d'une femme?

Précisez au besoin :

Est-elle sensible au bruit :

Si oui, comment réagit-elle?

Fait-elle des fugues?

Si oui, quelles sont les interventions à préconiser?

Quels sont les symptômes visibles :

Quelles sont les interventions nécessaires :

PRÉVENTION DE L'ESCALADE COMPORTEMENTALE

La personne présente-t-elle des comportements agressifs ?

Si oui, lesquels ?

Quelles sont les interventions à préconiser ?

La personne présente-t-elle des comportements d'automutilation ?

Si oui, lesquels ?

Quelles sont les interventions à préconiser ?

La personne possède-t-elle une fiche de prévention de l'escalade comportementale (fiche 8) ? Si oui la joindre à ce formulaire svp.

Oui

Non

FICHE DE SANTÉ (SUITE)

SOMMEIL

Heure de couché à la maison?

Routine de coucher

Heure de levé à la maison

L'utilisateur se lève-t-il pendant la nuit?

Si oui, interventions à faire

Autres informations pertinentes en lien avec le sommeil

ACTIVITÉS ET INTÉRÊTS

Quelles sont les activités préférées de la personne ?

Quelles sont les activités qu'elle n'aime pas ?

Aime-t-elle se baigner dans une piscine ?

Aime-t-elle se baigner dans un spa ?

Sait-elle nager ?

Porte-t-elle un gilet de sauvetage ou des flotteurs ?

Notes :

FICHE DE SANTÉ (SUITE)

HYGIÈNE

Toilette	S'il ou elle porte une couche	<input type="checkbox"/> Changement sur table à langer <input type="checkbox"/> Changement sur la toilette <input type="checkbox"/> Changement couché sur un lit <input type="checkbox"/> Changement debout <input type="checkbox"/> Crème hydratante
	S'il ou elle porte une culotte	<input type="checkbox"/> Besoin de rappels pour la salle de bain <input type="checkbox"/> Complètement autonome
Hygiène corporelle	<input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Douche	<input type="checkbox"/> Se lave seule <input type="checkbox"/> Besoin de supervision <input type="checkbox"/> Ne peut se laver seule Informations supplémentaires :
		<input type="checkbox"/> S'habille seule <input type="checkbox"/> Besoin de supervision et d'aide <input type="checkbox"/> Ne peut s'habiller seule Informations supplémentaires :
Hygiène buccale		<input type="checkbox"/> Se brosse les dents seule <input type="checkbox"/> Besoin de supervision et d'aide <input type="checkbox"/> Ne peut se brosser les dents seule Informations supplémentaires :
Je m'engage à fournir les produits d'hygiène ainsi qu'à identifier les vêtements et effets personnels de la personne.		
Signature parent ou tuteur :		
Date :		