

**Association des personnes handicapées D’Autray sud**

588 rue Montcalm, Suite 213, Berthierville J0K 1A0

Tél : 450-836-6877

[www.aphautraysud.org](http://www.aphautraysud.org)

Les informations contenues dans ce formulaire sont demandées à titre indicatif et uniquement dans le but de posséder une description des besoins spécifiques de la personne-membre de l’APHAS, de façon à assurer des services qui soient personnalisés et sécuritaires. Ces informations seront traitées de façon confidentielle par l’APHAS et ses représentants.

|  |
| --- |
| **Identification du membre** |
| Prénom :  | Date de naissance :  |
| Nom de famille :  | Sexe : F [ ]  M [ ]  |
| Adresse complète :  | Téléphone :  |
| École fréquentée :  | Langue parlée :  |
| Nom intervenant(e) : Téléphone : La Myriade [ ]  Autre  [ ]   |
| Milieu de vie : Famille naturelle [ ]  Ressource non-institutionnelle [ ]  Appartement [ ]  |
| Nom de la personne responsable :  |
| Lien : Mère [ ]  Père [ ]  Tuteur légal [ ]  Autre [ ]   |
| **En cas d’urgence** Donnez le nom et numéro de téléphone de 2 personnes pouvant être rejoint en tout temps autre que ci-haut mentionné. |
| 1. Nom :
 | Téléphone :  |
|  Lien :  |
| 1. Nom :
 | Téléphone :  |
|  Lien :  |
| **État de santé** |
| Déficience Intellectuelle [ ]  |
| Déficience Physique [ ]  |
| Trouble du spectre de l’autisme [ ]  |
|  |
| * Autres diagnostics connus :
 |
| Date du diagnostic :  |
| * Est-il sujet à faire des crises d’épilepsie? Oui [ ]  Si oui, remplir l’annexe 1 Non [ ]
 |
| * Sa santé lui permet-elle de faire toutes les activités? Oui [ ]  Non [ ]
 |
| * Allergie connue (médicaments, alimentaire ou autres ) :
 |
| Description de la réaction :  |
| Traitement (s’il y a lieu) :  |
| * Dans son alimentation, y-a-t-il une diète spéciale? :
 |
| Mange-t-il en purée? Oui [ ]  Non [ ]  |
| * Y-a-t-il des comportements particuliers (ex. : agressivité) ou des habitudes spécifiques?
 |
|  Oui [ ]  Si oui, remplir l’annexe 2 Non [ ]  |
| MÉDICATION (s’il y a lieu)  |
| Description : |
| * La personne est-elle en mesure de la prendre par elle-même ? Oui [ ]  Non [ ]  Si non, faut-il lui donner ? Oui [ ]  Non [ ]
 |
| Quand? Dîner [ ]  Souper [ ]  |
| **Niveau d’autonomie (suite)** |
| * Le membre est-il incontinent? Oui [ ]  Non [ ]
 |
| Si oui, quand? Jour [ ]  Nuit [ ]  |
| Porte-t-il des culottes d’incontinence? Oui [ ]  Non [ ]  |
| Doit-on lui faire penser d’aller à la toilette? Oui [ ]  Non [ ]  |
| La fréquence : |
| À la salle de bain, a-t-il besoin d’aide? Oui [ ]  Non [ ]  |
| Autres informations pertinentes : |
| * Petites questions supplémentaires pour nous aider.
 |
| Il se transfère : Seul [ ]  Avec aide [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Il met ses souliers : Seul [ ]  Avec aide [ ]  |
| Il s’habille : Seul [ ]  Avec aide [ ]  |
| Il mange : Seul [ ]  Avec aide [ ]  |
| Il coupe sa nourriture : Seul [ ]  Avec aide [ ]   |
| Il boit : Seul [ ]  Avec aide [ ]  |
| Autres informations pertinentes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Communication** |
|  Pour nous aider à mieux se comprendre! |
| **Il s’exprime :** |
| En parlant : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Par geste : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| LSQ [ ]  Code gestuel Amer-ind [ ]  |
| Par écrit : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Avec des pictogrammes : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Autres :  |
|  |
| **Il comprend :**  |
| Le langage verbal : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Les gestes : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| LSQ [ ]  Code gestuel Amer-ind [ ]  |
| La lecture labiale : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| L’écrit: Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Avec des pictogrammes : Facilement [ ]  Avec difficulté [ ]  Pas du tout [ ]  |
| Autres :  |
|  |
| **Il voit :** |
| Des deux yeux [ ]  |
| D’un œil [ ]  à gauche [ ]  à droite [ ]  |
| Ne voit pas [ ]  Depuis :  |
| Porte une prothèse [ ]  |
| Daltonien [ ]  |
|  |
| **Il entend :** |
| Des deux oreilles [ ]  |
| D’une oreille [ ]  |
| N’entend pas [ ]  Depuis :  |
| Porte un appareil auditif à gauche [ ]  à droite [ ]  aux deux [ ]  |
|  |
| **Autres informations** |
| Si vous croyez qu’il serait pertinent que nous sachions toutes autres informations concernant le membre, veuillez nous en faire part : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Annexe 1 |
|  |
| **Épilepsie** |
| Type de crise d’épilepsie (décrivez, même s’il y a longtemps qu’il en a fait une)  |
| Date du diagnostic :  |
| Fréquence approximative : |
| [ ]  Chaque jour :  | [ ]  Une fois par semaine |
| [ ]  N’en a pas fait depuis :  | [ ]  Autre :  |
|  |
| Durée habituelle des crises :  |
| À quel moment doit-on aviser l’ambulance (durée, fréquence)? :  |
|  |
| À quel moment de la journée? [ ]  Jour [ ]  Soir [ ]  Nuit |
| Y a-t-il quelque chose en particulier qui fait déclencher une crise? Si oui, quoi?  |
| Sa médication a-t-elle des effets secondaires sur lui? (ex. : sommeil, etc.)  |
| Quelles interventions faites-vous après que la personne ait fait une crise?  |
|  |
| Signature du membre ou de son représentant :  |
| Date :  |
|  |
| Annexe 2 |
| **Comportement particuliers et/ou habitudes spécifiques** |
| Afin de nous aider à mieux comprendre la personne et d’intervenir adéquatement, veuillez nous indiquer de façon détaillée ses comportements particuliers ou ses habitudes spécifiques et les situations ou évènements qui peuvent les provoquer (ex. : il se mord ou mord les autres lorsqu’il y a trop de bruit autour de lui, comportement compulsif, surplus d’émotions…)  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Au moment où surviennent ce ou ces comportements, selon vous, quelle serait la façon idéale d’intervenir afin de le calmer et de le rassurer? |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Signature du membre ou de son représentant :  |
| Date :  |