

**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 : | | | |