



Association des personnes handicapées D'Autray sud

588 rue Montcalm, Suite 213, Berthierville J0K 1A0

Tél : 450-836-6877

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'APHSB et ses représentants.

Identification du membre

| | | | |
|---|--|--|--|
| Prénom : | | Date de naissance : | |
| Nom de famille : | | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Adresse complète : | | Téléphone : | |
| École fréquentée : | | Langue parlée : | |
| Milieu de vie : Famille naturelle <input type="checkbox"/> Ressource non-institutionnelle <input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> | | | |
| Nom de la personne responsable : | | | |
| Lien : Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | | | |
| 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 : | | | |
| 2. Nom : | | Téléphone : | |
| Lien : | | | |
| État de santé | | | |
| Déficience Intellectuelle <input type="checkbox"/> | | | |
| Déficience Physique <input type="checkbox"/> | | | |
| Trouble du spectre de l'autisme <input type="checkbox"/> | | | |
| • Autres diagnostics connus : | | | |
| Date du diagnostic : | | | |
| • Est-il sujet à faire des crises d'épilepsie? Oui <input type="checkbox"/> Si oui, remplir l'annexe 1 Non <input type="checkbox"/> | | | |
| • Sa santé lui permet-elle de faire toutes les activités? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | |
| • Allergie connue (médicaments, alimentaire ou autre...) : | | | |

| | | |
|---|-------------------------------|---|
| 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 <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Y-a-t-il des comportements particuliers (ex. : agressivité) ou des habitudes spécifiques? | | |
| | Oui <input type="checkbox"/> | Si oui, remplir l'annexe 2 <input type="checkbox"/> |
| | Non <input type="checkbox"/> | |
| Niveau d'autonomie | | |
| • Comment se déplace la personne? | | |
| La marche | <input type="checkbox"/> | En fauteuil motorisé <input type="checkbox"/> |
| | | En fauteuil manuel <input type="checkbox"/> |
| Avec béquille | <input type="checkbox"/> | Avec canne <input type="checkbox"/> |
| | | Avec marchette <input type="checkbox"/> |
| La personne peut-elle transférer sur un banc d'autobus (tonus)? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| • Le membre porte-il un appareil orthopédique? | | |
| | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lequel? | | , le met-il seul? Oui <input type="checkbox"/> |
| | | Non <input type="checkbox"/> |
| Niveau d'autonomie (suite) | | |
| • Le membre est-il incontinent? | | |
| | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, quand? | Jour <input type="checkbox"/> | Nuit <input type="checkbox"/> |
| Porte-t-il des culottes d'incontinence? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Doit-on lui faire penser d'aller à la toilette? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| La fréquence : | | |
| À la salle de bain a-t-il besoin d'aide? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autres informations pertinentes? | | |
| • Petites questions supplémentaires pour nous aider. | | |
| Il se transfert : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| | | Pas du tout <input type="checkbox"/> |
| Il met ses souliers : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| Il s'habille : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| Il mange : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| Il coupe sa nourriture : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| Il boit : | Seul <input type="checkbox"/> | Avec aide <input type="checkbox"/> |
| 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 nous serait pertinent de savoir 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 est faite une crise?

Signature du membre ou de son représentant :

Date :

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 :