|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande | Cliquez ici pour entrer une date. |
| D.I.  |[ ]  Répit 24h+  |[ ]
| D.P.  |[ ]  Profil A  |[ ]
| Autre  |[ ]  Profil B  |[ ]
| **DOSSIER DE LA PERSONNE** |
| Nom | Cliquez ici pour taper le nom. | Prénom | Cliquez ici pour taper le prénom. |
| Adresse | Cliquez ici pour taper # civique, rue et app. |
| Municipalité | Cliquez ici pour taper la ville. | Code postal | Cliquez ici pour taper le code postal. |
| Tél. Rés. | Cliquez ici pour taper # tél. | Tél. Cellulaire | Cliquez ici pour taper # cell. |
| Tél. Travail | Cliquez ici pour taper # tél. | Poste | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Courriel | Cliquez ici pour taper le @. |
| Date de naissance | Cliquez ici pour entrer une date. | Âge | Cliquez ici pour taper l’âge. |
| NAM | Cliquez ici pour taper le # assurance maladie. |
| Expiration | Cliquez ici pour taper la date d’expiration. |
| Poids | Cliquez ici pour taper le poids. | Sexe | féminin[ ]  | masculin[ ]  |
| Langue parlée | Français [ ]  | Anglais [ ]  | autre | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **REQUÉRANT(E)** |
| Famille naturelle [ ]  | Lien avec l’usager : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Recevez-vous du soutien à la famille (SAF)? | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Y a-t’ il un(e) inter pivot au dossier [ ]  | Établissement : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom de l’inter pivot: | Cliquez ici pour taper le nom. |
| # de tél : | Cliquez ici pour taper le #tél. | Poste : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nom | Cliquez ici pour taper le nom. | Prénom | Cliquez ici pour taper le prénom. |
| Adresse | Cliquez ici pour taper #civique, rue et app. |
| Ville | Cliquez ici pour taper la ville. | Code postale : | Cliquez ici pour taper le code postal. |
| Tél : | Cliquez ici pour taper le # tél. | Courriel : | Cliquez ici pour taper le @. |
| **URGENCE** |
| Nom | Cliquez ici pour taper le nom. | Prénom | Cliquez ici pour taper le prénom. |
| Lien | Cliquez ici pour taper du texte. | Tél : | Cliquez ici pour taper le # tél. |
| Nom | Cliquez ici pour taper le nom. | Prénom | Cliquez ici pour taper le prénom. |
| Lien | Cliquez ici pour taper du texte. | Tél : | Cliquez ici pour taper le # tél. |
| **BESOINS DE RÉPIT** |
| Est-ce que la ressource peut : | Fumeur [ ]  | Animaux [ ]  | Piscine [ ]  |
| Besoin |
| Fin de semaine  |[ ]  Combien de fds par mois | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Sur semaine  |[ ]  Combien de jours par sem. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Lundi [ ]  | Mardi [ ]  | Mercredi [ ]  | Jeudi [ ]  | Vendredi [ ]  | Samedi [ ]  | Dimanche [ ]  |
| **RAPPORT SOMMAIRE ( diagnostique et description )** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| La personne a-t-elle des besoins spécifiques, routine, attentions particulière? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Caractéristiques comportementales? Comment réagir? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Antécédents médicaux qui ont une incidence sur la vie de tous les jours? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Maladie à divulgation obligatoire? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **SPÉCIFICITÉ RESSOURCE ADAPTÉE**
 |
| Rampe d’accès  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Barres d’appui  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Bain adapté  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Chaise de bain  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Lit d’hôpital  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Lève-personne  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Autres  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **ALLERGIES à quoi / Intervention**
 |
| Alimentaire  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Médicament  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Animale  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Végétale  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Peur/Phobie  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| La personne porte-elle un bracelet ou autre? [ ]   | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **COMMUNICATION**
 |
| Verbale  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Non verbale  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Par signes  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Picto ou tableau  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Autre  |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **ÉLIMINATION**
 |
| Incontinence |
| Type | Couche/Culotte d’incontinence  | Aide requise |
| Urinaire | Jour |[ ]  nuit |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Fécale | jour |[ ]  nuit |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **MOBILITÉ**
 |
| Seul |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Avec aide |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| En fauteuil |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Orthèse |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Prothèse |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Autre |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| commentaires | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **HYGIÈNE**
 |
| Types | Aide totale | Avec aide | Seul | Commentaires |
| Dents |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Bain |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Douche |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Habillement |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Menstruation |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cheveux |[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **ALIMENTATION**
 |
| Seul | Avec aide | Aidetotale | Ustensilesadaptés | Besoins spécifiques(Purée ou autre…) | Diète spéciale |
|[ ] [ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Commentaires | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Collation | Aliments permis | Commentaires |
| AM |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| PM |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Soirée |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **ORIENTATION ET CAPACITÉS**
 |
| Temps | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Espace | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Personnes | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Jugement | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Compréhension | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Mémoire | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Attention | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **SOMMEIL**
 |
| Lever |
| Heure approximative | Avec aide | Sans aide | Commentaires |
| Cliquez ici pour taper du texte. |[ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Coucher |
| Heure approximative | Avec aide | Sans aide | Commentaires |
| Cliquez ici pour taper du texte. |[ ] [ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Insomnie |[ ]  Intervention | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Sieste |[ ]  Heure approximative et durée | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **AFFECTIF**
 |
| Capacité d’exprimer ses sentiments, ses besoins : | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **SEXUALITÉ**
 |
| Si sexualité il y a, comment la personne exprime-t-elle sa sexualité? | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **HABILETÉS SOCIALES**
 |
| Capacité d’entrer en relation |
| Avec l’adulte | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Avec ses pairs | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **MÉDICATION**
 |
| Nom du Rx | Raisons | Dosage | Heure(s) D’administration ou au besoin  | Commentaires |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |
| Rx sans ordonnance | Raisons | Dosage | Heure(s) adm. | Commentaires |
| Fourni par la familleCliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **CAPACITÉS SENSORIELLES**
 |
| Visuelle (lunette?) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Auditive (appareil?) | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **GOÛTS ET INTÉRÊTS**
 |
| Alimentaire |
| Il aime beaucoup | Il n’aime pas du tout |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Activités |
| Il aime beaucoup | Il n’aime pas du tout |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **DÉPENSES PERSONNELLES**
 |
| Pour ses achats |
| Aide totale |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Avec aide |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| Seul |[ ]  Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **ROUTINE DE VIE**
 |
| **À remplir seulement si l’usager ne peut déroger de sa routine habituelle** |
| Lever | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Déjeuner | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Activités AM | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Dîner | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Activités PM | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Souper | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Soirée | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Coucher | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Nuit | Cliquez ici pour taper du texte. |
|  |
| La personne consomme-t-elle de l’alcool?  | Oui [ ]  | Non [ ]  | Occasionnel [ ]  |
| La personne consomme-t-elle de la drogue?  | Oui [ ]  | Non [ ]  | Occasionnel [ ]  |
| La personne consomme-t-elle la cigarette?  | Oui [ ]  | Non [ ]  | Occasionnel [ ]  |
| 1. **INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES/COMPORTEMENT PARTICULIERS**
 |
| TGC [ ]  | ÉPILEPSIE [ ]  | TCS [ ]  |
| Autres/Commentaires | Cliquez ici pour taper du texte. |
| 1. **MESURES RESTRICTIVES**
 |
| Y a-t’ il des mesures restrictives utilisées? (comme par exemple des contentions…) [ ]  |
| Quelles sont ces mesures? | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Si oui, je m’engage à soumettre les prescriptions afin qu’elles soient annexées à ma demande. |
| 1. **AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS**
 |
| J’autorise que soient transmises ces informations aux personnes ou établissements susceptibles d’intervenir et de répondre à ma demande. |
| Signature : | Cliquez ici pour taper votre nom complet. | Date | Cliquez ici pour entrer une date. |
|  |
| Formulaire complété par :  | Cliquez ici pour taper le nom. | Date | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Transmission à PSTR par : | Cliquez ici pour taper le nom. | Date | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Besoin complexe [ ]  | Besoin simple [ ]  | Besoin prioritaire [ ]  |
| Date de révision du formulaire : 2021-01-12 |